

Title	ストレスと自己効力感によるバーンアウトの因果モデルの検証(Dissertation_全文)
Author(s)	久保, 真人
Citation	Kyoto University (京都大学)
Issue Date	1999-01-25
URL	http://dx.doi.org/10.11501/3147489
Right	
Type	Thesis or Dissertation
Textversion	author

ストレスと自己効力感によるバーンアウトの因果モデルの検証

久保 真人

目 次

第 1 章	バーンアウト研究の背景.....	1
第 2 章	バーンアウトの定義と測定.....	4
	初期の研究.....	4
	the Maslach Burnout Inventory (MBI)	5
	the Burnout Measure (BM)	14
	MBI と BM の比較.....	16
	バーンアウト測定の問題点.....	18
第 3 章	バーンアウトの因果関係.....	21
	個人要因.....	22
	環境要因.....	26
	対処行動.....	35
第 4 章	実証研究 I	44
	目 的.....	44
	調査の方法.....	44
	結果と考察.....	50
	結 論.....	73
第 5 章	実証研究 II	76
	目 的.....	76
	調査の方法.....	78
	結果と考察.....	81
	結 論.....	108
第 6 章	本研究の意義と今後の問題点.....	112
	引用文献.....	118
	付 記.....	131

第1章 バーンアウト研究の背景

人口の高齢化が、現在のまま進行すれば、今から、約20年後の西暦2020年には、国民の約4人に1人が65歳以上の高齢者になるとの予測がある。高齢化社会は、もう目前に迫っている。増大する高齢者の看護、介護を支え、きたるべき高度福祉社会の担い手となるのが、看護婦やヘルパーなどのヒューマン・サービス従事者である。

近年、このヒューマン・サービスの現場で、バーンアウト (burnout) という言葉が、注目を集めるようになってきた。燃えつき症候群と訳されることもある。今まで、普通に仕事をしていた人が、急に、あたかも「燃えつきたように」意欲を失い、働かなくなる。そのまま離職、転職してしまうものも少なくない。彼らが、最初から意欲の乏しい「怠け者」であったならば、事態はそう複雑ではない。しかし、「燃えつきる」以前は、人一倍、精力的に仕事をこなしていた人である場合が多く、その前後の落差が大きいだけに、まわりにいる同僚や上司も「あの勤勉な××さんが、なぜ…」と驚かざるをえない。

バーンアウトという現象は、70年代以前、ほとんど問題とされることはなかった。それが人々の関心をひくようになったのは、ヒューマン・サービスの需要が急増した70年代中期以降のことである。この社会的背景について、Farber (1983) は、現代社会における人々の孤立化を指摘している。彼は、著書の中で以下のように述べている。

“American workers have become increasingly disconnected and alienated from their communities, and increasingly insistent upon attaining personal fulfillment and gratification from their work. The combination of these two trends has produced workers with higher expectations fulfillment and fewer resources to cope with frustrations—a perfect recipe for burnout” (p.11).

また、Cherniss (1980) も、ヒューマン・サービス従事者とバーンアウトとの関係が注目され始めた原因として、社会における個人主義の浸透をあげ

ている。親類や友人などとの人間関係が希薄化していく中で、生活上のさまざまな問題の解決を professionals であるヒューマン・サービス従事者に依存する人々が増え、この急速な需要の拡大に、ヒューマン・サービスの現場が対応しきれなくなったのである。すなわち、ヒューマン・サービスへの人々の要求が増大する一方で、それらの負担が少ない人的資源に負荷され、そのため、多くのサービス従事者が過重な負担に耐えきれず、ストレスを訴えるようになったという事情がある。また、違う観点からすれば、個人主義化という社会の変化が、今まであまり注目されていなかったヒューマン・サービスという職種の社会的重要性を高め、その現場で起こっている諸問題に人々の関心が向き始めたということもできる。

わが国において、近年、バーンアウトが真剣に議論されなければならないのも、ヒューマン・サービスの需要の高まりという背景があることは言うまでもない。個人主義的考え方が社会に浸透し、家の崩壊や地域社会の空洞化を招いた結果、家庭や教育など生活上の諸問題を professionals に頼ろうとする傾向は日増しに高まっている。さらに、今後、急速に進行するであろう高齢化社会、高度福祉社会において、ヒューマン・サービスの需要は質量とも、今とは比較にならないほど増大するであろう。ヒューマン・サービス従事者は、新しい社会の担い手として、その存在がますますクローズアップされてくるのは想像に難くない。この意味で、ヒューマン・サービスの現場でのバーンアウトの多発は、サービスの円滑な発給を阻害し、社会の骨組みそのものを揺るがしかねない。バーンアウトの原因の究明とその対応策の構築は、急務の課題と言えよう。

しかし、これまでのバーンアウト研究は、臨床的、事例的な視点からのアプローチが中心であり、個々の事例については深く検討されてはいても、その発症の原因や症状、並びにその対処法について、まとまった、系統的な議論をおこなっている研究は少ない。しかし、ヒューマン・サービスへの需要の高まりという切迫した事情を考慮すれば、もはや、個々への対応では限界があり、組織としての対応を迫られる時期にきている。個人の性格特性や生活史などではなく、ヒューマン・サービス組織の構造やそのあり方を議論の

中心にすえるべきである。この意味で、ヒューマン・サービスという比較的新しい組織の運営や、拡大する需要に対して円滑なサービスを発給していくための要件など、今後われわれの社会が直面するであろう問題を検討していくためのデータを提供していくことが、バーンアウト研究の意義のひとつであろう。

本論文では、バーンアウトについて理論的な考察を試みる。以下の章では、その定義や測定、因果関係などについて論じる。さらに、看護婦を対象とした調査結果をもとに、バーンアウトの理論的枠組みを検証する。

第2章 バーンアウトの定義と測定

初期の研究

バーンアウトという概念を、初めて学術論文でとりあげたのは Freudenberger (1974) である。彼は、自身が心理判定員として勤務していた間、数多くの同僚が精神的、身体的な異常を訴える様を目撃した。彼らは、1 年余りの間に、徐々に、あたかもエネルギーが枯渇していくように、仕事に対する motivation や commitment を失っていくのである。Freudenberger は、同僚が陥ったこのような状態を表現するのに、「ドラッグ常用者のなれの果て」という意のスラングであった burnout という言葉を用いたのである。バーンアウトに関する最初の論文の中で、彼はバーンアウトを以下のように定義している。

“ The dictionary defines the verb “burn-out” as “to fail, wear out, or become exhausted by making excessive demands on energy, strength, or resources. 中略 The burn-out manifests itself in many different symptomatic ways which vary in symptom and degree from person to person” (p.159-p.160).

この論文をはじめとして、彼のバーンアウトに関する一連の論文 (Freudenberger, 1975; Freudenberger, 1977) の中では、過度な需要に応えようとした結果生じる消耗感が、バーンアウト本来の意味であると述べられているが、個人によってその程度や現れ方は異なるとして、バーンアウトの症状やそのプロセスについては、正確に限定されていない。また、鬱やアパシーなど既存の概念との違いについても言及されていない。

Freudenberger の一連の論文は、数多くの研究者の関心をひき、バーンアウトという概念は、特に心理臨床の分野で急速に広まっていくことになる。実際、この時期の研究は、臨床的なアプローチによるものが大半であった。Perlman & Hartman (1982) によれば、1974 年から 1981 年にかけて出版された 48 のバーンアウトについての論文のうち、実証的なデータを報告し

ている論文は、5つに過ぎない

一般的な例に漏れず、バーンアウト研究の分野でも、臨床的アプローチでは、個々の事例に対して、どのような時期に、どのようなやり方で介入（intervention）していくかに議論の焦点がある。それぞれの研究者が、少数の観察例や自らの経験に基づいて、バーンアウトへの対処法を論じている。例えば、Mattingly（1977）は、child care worker のバーンアウトを取り上げている。まず、child care の現場が抱える問題点が述べられる。そして、child care worker が陥るバーンアウトの主な症状が報告され、バーンアウトを低減するための方策が論じられている。これは、臨床的アプローチによる論文の典型的なスタイルである。すなわち、ある職種の問題状況と対処法について、臨床家個人の分析が、時として詳細かつ具体的に述べられてはいるが、個々の研究結果を統合するための理論的枠組みを構築していくという視点が欠けているのである。臨床的アプローチでは、理論の精緻化よりも、実践的な側面が重視される所以である。また、バーンアウトの定義も、研究者により、かなり恣意的に定められてきたきらいがある。バーンアウトの主症状はもとより、ヒューマン・サービスに従事する professions の病であるとした Freudemberger の前提さえも、拡大解釈される傾向にあった。実際、一般のビジネスマンなどを対象とした研究も存在する（Cahoon & Rowney, 1984; Etzion, Pines, & Kafry, 1983; Levinson, 1981 など）。

バーンアウトという概念が広まっていく中で、実証的なバーンアウト研究は、バーンアウトという現象をいかにして測定するかという取り組みから始まった。「肥大化」するバーンアウト概念を操作的に定義しようとする試みである。バーンアウトの尺度化の過程の中で、概念の斉合性や既存の概念との関係、すなわち、信頼性、妥当性についての検討が重ねられていった。

the Maslach Burnout Inventory (MBI)

バーンアウトの尺度化に当初から精力的に取り組んだのが、マスラックを中心としたグループである。彼らの the Maslach Burnout Inventory (MBI)

(Maslach & Jackson, 1981) は、後の研究に大きな影響を及ぼした 数多くの研究者に採用され、研究事例も蓄積されている (久保・田尾, 1992; Shirom, 1989; Schaufeli, Enzmann, & Girault, 1993)。現在では、バーンアウト研究の基本的な枠組みとして、フランス語、ドイツ語、イタリア語、スペイン語などにも翻訳され、英語圏以外の国でも用いられている。

MBI は、自己記入式の測定尺度である。回答者は、各項目に示されているような気持ちを、どの程度の頻度、どの程度の強さで経験するかを答える。この回答結果から、頻度、強度毎の得点を算出して、その人のバーンアウトの程度を測定することができる。考案された当初は 25 項目であったが、因子分析の結果から、4 つ目の因子は不安定で信頼性が低く、削除された。また、その後の研究で、頻度の得点と強度の得点の間には非常に高い相関関係があり、あえて両者を区別する必要のないことが明らかにされた (Brookings, Bolton, Brown, & McEvoy, 1985; Iwanicki & Schwab, 1981)。同じ項目について頻度と強度の両方を答えさせることは、無益な労力を回答者に強いることであり、かえって、回答者を混乱させることにもなりかねない。そこで、Maslach & Jackson (1986) では、22 項目に整理され、頻度のみに回答する方が望ましいと改められている (表 2-1 参照)。

表 2-1 the Maslach Burnout Inventory

Emotional Exhaustion

I feel emotionally drained from my work.
I feel used up at the end of the workday.
I feel fatigued when I get up in the morning and have to face another day on the job.
Working with people all day is really a strain for me.
I feel burned out from my work.
I feel frustrated by my job.
I feel I'm working too hard on my job.
Working with people directly puts too much stress on me.
I feel like I'm at the end of my rope.

Depersonalization

I feel I treat some recipients as if they were impersonal 'objects'.
I've become more callous toward people since I took this job.
I worry that this job is hardening me emotionally.
I don't really care what happens to some recipients.
I feel recipients blame me for some of their problems.

Personal Accomplishment

I can easily understand how my recipients feel about things.
I deal very effectively with the problems of my recipients.
I feel I'm positively influencing other people's lives through my work.
I feel very energetic.
I can easily create a relaxed atmosphere with my recipients.
I feel exhilarated after working closely with my recipients.
I have accomplished many worthwhile things in this job.
In my work, I deal with emotional problems very calmly.

これら 22 の項目は、さらに以下の 3 つの下位尺度に分類される。

1) 情緒的消耗感 (emotional exhaustion)

情緒的消耗感とは、単なる疲労ではなくて、心理的な要素が中心となって起こる疲労感、虚脱感のことである。むろん、主症状として身体的疲労感をともしうのであるが、その源は心の疲労にある。したがって、ひと風呂浴びて、ぐっすり眠れば翌朝回復するという類のものではない。「もう何もしたくない」といった暗い気分が生活を支配する。Maslach & Jackson (1981) は、

emotional exhaustion という状態について、”As their emotional resources are depleted, workers feel they are no longer able to give of themselves at a psychological level”(p.99).と述べている

2) 脱人格化 (depersonalization)

脱人格化とは、サービスを受けるクライアントに対するネガティブな感情や行動傾向を指す。Garden (1987) によれば、脱人格化には、クライアントに対する、隔離 (distancing)、敵意 (hostility)、無関心 (unconcern)、そして、拒否 (rejection) の 4 つの側面があるとされている。書類の整理に熱心になったり、それに生きがいを感じる、あるいは、クライアントが理解できないような難解な専門用語を振り回してみせるのも、クライアントとの煩わしい接触を避けるためだとすれば、脱人格化のあらわれである。また、クライアントに症状名や識別番号など没個性的なラベルをつけ、個人名で呼ばなくなるという行動が見られることがある。Bramhall & Ezell (1981) は、このような行動を *semantics of detachment* と呼んだ。クライアント個々の人格に敬意を払わず、極端な言い方をすれば、ヒトというよりモノとして扱おうとする。これも、脱人格化の典型的な行動である。

3) 個人的達成感 (personal accomplishment)

バーンアウトは、当事者が提供するサービスの質そのものに影響を与える。まして、バーンアウトにいたる人は、それ以前まで高いレベルのサービスを提供し続けているだけに、低下の落差は大きく、誰の目にも、とりわけ本人にとって、質の低下は明白となる。成果の急激な落ち込みは、自身の達成感、とりわけ、仕事に関わる達成感を低める結果となる。Maslach らは、この状態を個人的達成感の後退と呼んだ。なお、この項目は逆転項目である。

MBI は、数多くの研究者に採用され、その信頼性、妥当性が検討されてきた。MBI の下位尺度について、もともとの 3 因子説に対して、4 因子説を支持する研究もある (Firth, McIntee, McKeown, & Britton, 1985; Iwanicki & Schwab, 1981; Powers & Gose, 1986)。しかし、Green & Walkey (1988) は、マサチューセッツ州の教師を対象としたデータとニュージーランドの看護婦を対象としたデータに、それぞれ、主成分法による 3 因子解、4 因子解の

因子分析をおこなった。その結果、3 因子解の因子分析では、教師と看護婦、両者のデータは、非常に類似した構造を示し、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感といった Maslach & Jackson (1981) の結果と同じ因子が得られた。他方、4 因子解の場合、教師のデータと看護婦のデータでは結果が異なり、再現性を欠くことが示されている。

Lahoz & Mason (1989) の研究においても、薬剤師のデータについて、主因子法による因子分析の後、バリマックス回転した結果、頻度、強度とも、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の後退の 3 因子構造が得られた。さらに、この構造が、前述の Maslach & Jackson (1981) の結果とどの程度類似しているのかを調べるために、両者の間で、各項目の因子負荷量の一致度係数を求めた。その結果、3 因子すべてが、.95 以上の高い一致度を示した。すなわち、彼らの結果と Maslach & Jackson (1981) の結果は、各項目の因子毎の負荷量にいたるまで、ほぼ完全に一致していたということになる。

また、Gold, Bachelor, & Michael (1989) は、因子の抽出法の違い（主成分法と主因子法）や回転法の違い（直交軸回転と斜交軸回転）によって、MBI の因子構造がどのように変化するかを調べた。その結果、抽出法と回転法のどの組み合わせにおいても、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の後退の 3 因子構造が、最適解であった。さらに、Pierce & Molloy (1989) は、それまでの研究が合衆国のサンプル中心であったという反省から、異なる文化のオーストリアの教師を対象にして、MBI の信頼性を検討した。主成分法による因子分析の後、バリマックス回転した結果、頻度、強度とも、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の後退の 3 因子構造が得られた。

以上の研究は、文化の違い、サンプルの違い、そして、因子分析の手法の違いを越えて、MBI の概念が、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の後退の 3 つの下位尺度から構成されているとするマスラックの 3 因子説を支持するものである。また、ここで挙げた研究以外でも、MBI の 3 因子構造を支持する結果は、Fimian & Blanton (1987)、Bartz & Maloney (1989)、Miller, Ellis, Zook, & Lyles (1990) など多数報告されている。

その一方で、情緒的消耗感と脱人格化が合わさって 1 つの因子を形成し、

個人的達成感の後退が別の独立した因子として抽出されるという報告もある Brookings, Bolton, Brown, & McEvoy (1985) は、看護婦など医療サービスに従事している女性を対象に調査を行った。その結果、情緒的消耗感と脱人格化は 1 つの因子として抽出され、個人的達成感の後退は別の因子として抽出された。Brookings らは、この結果について、情緒的消耗感と脱人格化は、職場環境がストレッサ（ストレス源）となって生起するのに対し、個人的達成感の後退はクライアントとのサービス関係のなかから喚起される感情であると論じている。

Williams (1989) は、看護婦、ソーシャル・ワーカー、教師などヒューマン・サービス従事者一般を対象に、感情移入傾向の強さとバーンアウトにかかりやすいこととの関連を調べる調査をおこなった。ウィリアムズの仮説は、クライアントとの相互作用のなかで、クライアントに感情移入しがちな人は、それだけ負担が増し、ストレスを感じやすくなり、結果として、バーンアウトしてしまうというものである。バーンアウトの指標として MBI を用い、感情移入傾向の指標として、Mehrabian 感情移入尺度 (Mehrabian Emotion Empathy Scale) (Mehrabian & Epstein, 1972) が用いられた。因子分析の結果によれば、情緒的消耗感と脱人格化が 1 つの因子を形成し、個人的達成感の後退と感情移入傾向とは、別の 1 因子を形成した。すなわち、感情移入傾向は、MBI の 3 つの下位尺度のうち、個人的達成感の後退とのみ関連がみられた。この結果は、個人的達成感の後退はクライアントとの関係のなかでもたらされる感情であるとする前述の Brookings らの見解と斉合するものである。

日本では、田尾が 2 度にわたって MBI を用いた調査を行っている（田尾, 1987; 田尾, 1989）。その際、田尾は MBI を日本のヒューマン・サービスの現場に適合するように翻訳、改訂した尺度を用いた。その結果、いずれの調査においても、情緒的消耗感と脱人格化は合わさって、1 つの因子として抽出され、個人的達成感は、別の因子として抽出された。田尾は、この結果について、情緒的消耗感と脱人格化の合成された因子は、仕事へのネガティブな態度性向であると述べている。この見解は、情緒的消耗感と脱人格化は、

職場環境がストレッサとなって生起するストレンであるとする Brookings らの見解を支持するものである

以上、MBI の 3 因子解の信頼性についての研究を概観してきた。今までの研究結果からは、MBI は、基本的には情緒的消耗感、脱人格化、そして、個人的達成感の 3 因子構造であるが、3 因子間の独立性、とくに、情緒的消耗感と脱人格化の独立性について、あるいは、それらの相互関係については、いまだ議論の余地が残されている。たとえば、Koeske and Koeske (1989) は、ソーシャル・ワーカーを対象としたデータ分析により、MBI の 3 因子構造を支持する結果を報告しているが、下位尺度間の関係については以下のように述べている。現時点では、この見解が最も的を得たものであろう。

“One certainly should, however, view these dimensions as related rather than independent, particularly in the case of exhaustion and depersonalization”(p.139).

MBI の 3 つの下位尺度の位置づけについては、情緒的消耗感を、バーンアウトの本質的な因子であるとする見解が一般的である (Gaines & Jermier, 1983; Koeske & Koeske, 1989; Leiter, 1989; Maslach & Jackson, 1981 など)。たとえば、Leiter (1989) は、情緒的消耗感は慢性的な疲労感であり、バーンアウトの進行につれて、徐々にその程度を増していく、さらに、脱人格化や個人的達成感の後退のような症状は、情緒的消耗感が進行する過程のなかで生じるのもので、いわば派生的な症状であるにとられている。また、Gaines & Jermier (1983) は、MBI の 3 つの下位尺度のうち、情緒的消耗感が最も重要であり、バーンアウトの測定においては、情緒的消耗感の項目だけで十分であるとまで言っている。彼らは、その理由として以下の 4 つを挙げている。

1. 情緒的消耗感が、バーンアウトの中心であり核となる次元である。
2. 情緒的消耗感が、バーンアウトの第一段階であり、それゆえ、バーンアウトしつつあるか否かを識別するのに好都合な指標である。
3. 情緒的消耗感は、慢性的かつ進行性の特徴をもっているので、ストレスの累積的な影響を見るのによい指標である。

4. 情緒的消耗感は、ヒューマン・サービス以外の職種にも適用可能な指標である。

Koeske & Koeske (1989) の研究は、MBI の 3 つの下位尺度の位置づけを理論的に見直そうとしたものである。彼らは、MBI の下位尺度をバーンアウトの症状として並列的に扱う従来の考え方を、バーンアウトの 3 成分モデル (tri-component model of burnout) と呼び、これとは異なる見方を提案した。彼らは、MBI の下位尺度をその因果性により、一つの連鎖のなかに位置づけた。彼らの枠組みでは、情緒的消耗感バーンアウトの本質的因子であり、労働条件から生じるストレンそのものである。すなわち、情緒的消耗感こそがバーンアウトなのである。他の 2 つの下位尺度は、情緒的消耗感から派生する付加的な結果である。

脱人格化は、絶えざる消耗感が生み出す結果の 1 つであり、情緒的消耗感と直接の因果関係がある。それに対して、個人的達成感、バーンアウト連鎖とでも呼ぶべき過程のなかでのモデレータ要因として位置づけられる。労働条件がストレスへ、ストレスがストレンへ、そして、ストレンが、さまざまな望ましからざる結果へとつながっていくのを防ぐ役割がある。たとえば、個人的達成感を感じている人は、悪条件のなかでも情緒的消耗感をそれほど感じなくても済むかもしれないし、常に消耗感にさらされていても、脱人格化を示さないかもしれない。彼らは、MBI の 3 つの下位尺度を質的に異なるものとして区別し、バーンアウトとは情緒的消耗感であり、脱人格化と個人的達成感の後退は、バーンアウトの周辺的な特性にすぎないことを主張した。

このように MBI の 3 つの下位尺度を、並列的な症状としてではなく、バーンアウト進行の度合いと関連付けて、時系列的にとらえる研究者も少なくない。その代表的なものが、Golembiewski の eight-phase model である (Golembiewski, 1989; Golembiewski & Munzenrider, 1983; Golembiewski & Munzenrider, 1984; Golembiewski, Munzenrider, & Carter, 1983 など)。Golembiewski の eight-phase model は、MBI の枠組みを基本としながらも、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の後退の 3 つの下位尺度の順序性を

仮定している すなわち、バーンアウトは、「軽症」から「重症」に至る進行性の病であり、その進行に伴って、これら 3 つの症状の様相が変化するのである。表 2-2 に Golembiewski が仮定したバーンアウトの 8 つの段階を示した。各段階は、MBI の 3 つの下位尺度の値の範囲により定義される。Golembiewski は、第 1 段階から第 8 段階まで、段階が進むにつれ「重症」のバーンアウトだと考えた。

表 2-2 Golembiewski の 8 段階モデル

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Depersonalization	L	H	H	H	H	H	L	H
Personal Accomplishment	L	L	H	H	L	L	H	H
Emotional Exhaustion	L	L	L	L	H	H	H	H

※ L: Low H: High

実際の手続きは、MBI の 3 つの下位尺度の得点により、回答者を分類する。それぞれの得点を、その中央値から、高、低に分割する。たとえば、脱人格化尺度の得点が中央値より低い場合は、「低・脱人格化」、高い場合は「高・脱人格化」とするのである。同じように、個人的達成感の後退、情緒的消耗感についても、それぞれ、高、低に分割する。こうして MBI の 3 尺度が高、低 2 つの水準の値を持つことになる。このように各下位尺度毎に 2 つの水準の値を設定すると、その組み合わせにより、バーンアウトの状態として 8 つの状態を考えることができる。たとえば、「低・情緒的消耗感、高・個人的達成感の後退、高・脱人格化」は、この 8 つの状態の 1 つである。そして、これら 8 つの状態を軽症とされる状態から重症の状態までの 8 段階に整理したのが、Golembiewski の eight-phase model である。

ただし、バーンアウトの最終的な状態（高・情緒的消耗感、高・個人的達成感の後退、高・脱人格化）に達するのに、8 段階すべての状態を経験する

わけではない。基本的には、2つの異なった進行過程がある。1つは慢性型進行過程で、他の1つは急性型進行過程である。慢性型は、表 2-2 で説明すると、I → II → IV → VIIIの経路をたどり、急性型は、I → V → VIIIの経路をたどると考えられている。つまり、慢性型は、まず脱人格化が生じ、それに伴って個人的達成感の後退が起こり、情緒的消耗感を経験するに至るという過程である。それに対して、急性型は、いきなり情緒的消耗感を経験し、最終的な状態に至るという過程である。

このモデルの妥当性を検証する研究も、Golembiewski らの研究グループを中心に行われている (Golembiewski & Munzenrider, 1983; Golembiewski & Munzenrider, 1984; Golembiewski & Munzenrider, 1988; Golembiewski, Munzenrider, & Carter, 1983; Wolpin, Burke, & Greenglass, 1990 など)。たとえば、Golembiewski & Munzenrider (1984) は、第 I 段階から第 VIII 段階へと段階が進むにつれて、仕事に対する満足感、上司や同僚に対する信頼感、仕事への責任感や動機づけなどが、段階的に減少するという結果を得ている。この結果は、eight-phase model の妥当性を支持するものである。

また、Golembiewski の eight-phase model とは順序は異なるが、同様な段階説をとる研究者もいる (Leiter & Maslach, 1988; Leiter, 1989; Leiter, 1990; Leiter, 1993)。Leiter らの段階説では、最初に情緒的消耗感が起こり、それによって脱人格化が引き起こされ、最終的に個人的達成感が後退すると仮定されている。

the Burnout Measure (BM)

MBI 以外のバーンアウト尺度としては、the Burnout Measure (Pines, Aronson, & Kafry, 1981; Pines & Aronson, 1988) が知られている。彼らは、バーンアウトを”a state of physical, emotional and mental exhaustion caused by long-term involvement in situations that are emotionally demanding” (p.9) と定義し、21 項目からなる単一次元の尺度を構成した (表 2-3 参照)。被検者は、各項目について、”never”から”always”の 7 ポイント

で評定する

表 2-3 the Burnout Measure

Being tired.
Feeling depressed.
Having a good day. *
Being physically exhausted.
Being emotionally exhausted.
Being happy. *
Being "wiped out".
"Can't take it anymore."
Being unhappy.
Feeling run-down.
Feeling trapped.
Feeling worthless.
Being weary.
Being troubled.
Feeling disillusioned and resentful.
Being weak and susceptible to illness.
Feeling hopeless.
Feeling rejected.
Feeling optimistic. *
Feeling energetic. *
Feeling anxious.

※ *は逆転項目

BM の信頼性、妥当性の検証は、Pines らの研究グループを中心に行われてきた (Pines, 1985; Pines & Aronson, 1988; Pines, Aronson, & Kafry, 1981; Weinberg, Edwards, & Garove, 1983)。これらの研究では、BM の一次元性、test-retest の結果の一貫性、BM の得点と頭痛や胃痛などの身体的徴候との関連性などが報告されている。しかし、BM を採用している研究は、MBI と比べると、かなり少ないのが現状である。日本では、稲岡を中心

とした研究グループが、BM を翻訳、改訂した 20 項目の尺度を用いて研究をおこなっている（稲岡, 1988; 稲岡・松野・宮里, 1982; 稲岡・松野・宮里, 1984; 松野, 1983）

MBI と BM の比較

MBI と BM との最も大きな違いは、BM がバーンアウトを消耗感という観点だけから議論しようとしている点にある。この意味で、Pines らの考え方は、MBI の項で述べた Koeske & Koeske (1989) や Gaines & Jermier (1983) など、バーンアウトの本質は情緒的消耗感であり、他の 2 つの下位尺度は派生的な症状にすぎないとする考え方に近いと言える。実際、MBI と BM とを同時に用いた研究では、MBI の情緒的消耗感と BM との間に高い相関関係のあることが報告されている（Corcoran, 1986; Stout & Williams, 1989）。

バーンアウトは、情緒的消耗感の程度のみにより測定できるものなのだろうか。いまだ、研究者の間でも意見の分かれる点である。さらに、この問題はバーンアウトという概念そのものの存在意義にも関わっているとする研究者もいる。たとえば、Maslach (1993) は、以下のように述べている。

“Of the three burnout components, emotional exhaustion is the closest to an orthodox stress variable. The factors hypothesized to relate to emotional exhaustion are very similar to those in the general literature on stress, and so the similar findings are not unexpected. Although this similarity validates the location of the burnout phenomenon within the stress domain, it is also the cause for some skepticism. If emotional exhaustion is simply a synonym for stress, then nothing new has been learned from the burnout research—it has simply replicated what was previously known under the guise of a new label (a charge that has been made by some critics). Thus, to limit the concept of burnout to just the component of emotional exhaustion is to define it simply as experienced stress and nothing more”(p.27).

ストレスと何が違うのか バーンアウトの実証的研究が始まって以来、つねに提示されてきた疑問である。Maslach は、情緒的消耗感以外の次元、すなわち、脱人格化と個人的達成感の後退に、バーンアウトの特異性があるとする見解を述べている。彼女の言うように、今までのストレス研究で議論されてきたストレス因（ストレッサー）以外の要因が、脱人格化、あるいは、個人的達成感の後退の原因となっていることが示されれば、バーンアウトを差別化するための重要な知見となりうるであろう。この点は、本論文の主要なテーマであり、後の章で詳細な議論をおこなう。

MBI と BM のもうひとつの違いは、BM がヒューマン・サービス従事者以外にも用いることができるとされている点である (Pines & Aronson, 1988)。もともと、Pines らは、BM と区別して the Tedium Scale という尺度を考案していた (Pines, Aronson, & Kafry, 1981)。彼らによれば、バーンアウトは、"the result of repeated emotional pressure associated with an intense involvement with people over long periods of time"であり、tedium は、"the result of any prolonged chronic pressure (mental, physical, or emotional)"であると定義されていた。すなわち、両者は、症状は似ているが、発病の経緯が異なるというわけである。この Tedium Scale を用いた研究も、Pines らの研究グループを中心に行われてきた (Etzion, Kafry, & Pines, 1982; Etzion, Pines, & Kafry, 1983; Kafry & Pines, 1980; Pines, Aronson, & Kafry, 1981; Pines & Kafry, 1978; Pines & Kafry, 1981)。たとえば、Etzion, Kafry, & Pines (1982) では、イスラエルとアメリカの manager を対象に Tedium Scale を用いた研究を行っている。

しかし、最近の研究 (Pines & Aronson, 1988) では、バーンアウトを "a state of physical, emotional and mental exhaustion caused by long-term involvement in situations that are emotionally demanding" と定義し、tedium もバーンアウトに含める考え方を示している。つまり、バーンアウトは、ヒューマン・サービス従事者に限定されるものではなく、一般の職種、あるいは、生活全般でも起こりうる現象であるというのが、彼らの見解である。

バーンアウトという概念をヒューマン・サービス以外の職種に適用することが妥当か否かも研究者の意見の分かれるところである Maslach & Schaufeli (1993) は、この点について以下のように述べている

“An issue that arises is whether the burnout definition (i.e., the MBI) has been transplanted uncritically to those fields and is being used in ways that are not as meaningful or relevant. For example, in occupations that do not involve work with clients, what is the meaning of the personal accomplishment and the depersonalization components of burnout?”(p.12)

彼らの指摘にあるように、ヒューマン・サービスに特有な部分、すなわち、クライアントとの関係にたいするネガティブな態度は、バーンアウトの定義、少なくとも MBI による定義の本質的な部分である。バーンアウトを他の業種に適用する試みの中には、MBI の項目の clients という言葉を単に coworkers に置き換えただけのものもあり（たとえば Golembiewski & Muzenrider, 1988）、その妥当性には疑問の余地がある。この意味で、MBI の 3 つの下位尺度のうち、情緒的消耗感は、ヒューマン・サービス従事者に限らず、他の職種に従事する人の間でも見られる症状であろう。消耗感がバーンアウトそのものであるとする見解にしたがえば、バーンアウトという概念をヒューマン・サービスに限定する必要はないとも考えられる。バーンアウトという概念を、ヒューマン・サービス以外の職種にも適用することができるのか。この問題においても、バーンアウトとは何かと言う議論に帰着する。バーンアウトは、消耗感なのか、それとも、消耗感を含む、それ以上のものなのか。この点に議論は集約される。

バーンアウト測定の問題点

バーンアウトの実証的研究は、MBI や BM といったバーンアウトの尺度化を通じて、バーンアウトを操作的に定義することから始まった。方法論的な観点からいえば、あるものの中味をアプリオリに定義しないで、何らかの尺度によって測定され標準化された結果から考えようとする方法は、バーンア

ウト研究に限られることではない。とくに、心理学的な概念に対する場合、その実体が観察不可能なものであるため、それを反映すると考えられる尺度にもとづいて議論をすすめていくことが多い。知能などはその端的な例である。この場合、まず尺度の信頼性と妥当性を高めていく努力が必要とされるこの意味で、バーンアウト尺度、とりわけ、MBI に関しては、その信頼性、妥当性を検討するための数多くのデータが蓄積されてきた。しかし、バーンアウト研究の現状に方法論的な問題点がないわけではない。

まず、第一の問題は、反応バイアスである。MBI、BM、あるいは、バーンアウトを測定するために考案されたそれ以外の尺度（例えば、Jones (1980) の *The Staff Burnout Scale for Health Professionals* など）、バーンアウトの測定には、自己記入式の尺度が用いられてきた。自己記入式の尺度には、短時間に多人数のデータを収集することができるなど、手続き上のメリットは大きい。その反面、回答者の反応バイアスを受けやすいというデメリットがある。

例えば、MBI の中には “I don't really care what happens to some recipients.” など、一見して明らかに否定的な意味を持つ項目や、逆に、“I feel very energetic.” など、明らかに肯定的な意味を持つ項目がある。ヒューマン・サービス従事者にとって、バーンアウト尺度で問われる項目は、その人が提供しているサービスの質そのものに関わってくるものである。自己を否定的に評価するということは、もしこの結果が同僚や上司の知るところとなれば、体裁が悪いし、不利になるかも知れない。また、匿名性が保証され、他人に知られる可能性が全くなかったとしても、自己評価を著しく下げることにつながる。回答者が、自分を望ましく見せるために、意図的に反応を歪める可能性は否定できない。今後、研究の進展にともなって、自己記入式尺度以外の測定法を考案していく必要があろう。

2 つめは、MBI あるいは BM で操作的に定義されたバーンアウトと既存の概念、特にストレス概念との、いわゆる *discriminant validity* の問題であろう。この点については、「MBI と BI の比較」の項でも述べたが、本論文の重要なテーマのひとつである。バーンアウトという新しい概念を提議するか

らには、既存の概念からは得ることができなかった、新しい研究上の視点、研究成果のもたらすメリットを示すことが必要である

確かに、バーンアウト研究は、結果としてヒューマン・サービスの現場におけるストレスを系統的に捉え、その対応策を模索する機会を提供することとなったが、既存の概念、とりわけ、ストレスの枠組みを越える視点をもつには至っていない。バーンアウトとは何で、どのような要因がその発症に関わっているのか。あらためて検討する必要がある。次の章では、バーンアウトを引き起こす要因についての議論をおこなう。

第3章 バーンアウトの因果関係

この章では、バーンアウトの発症に関わる要因、つまり、因果関係について考察する。バーンアウトの因果モデルについて詳細な検討をおこなった Carroll & White (1982) は、ストレス研究で広く受け入れられていた Lewinian Person-Environment Fit theory の考え方をバーンアウトに適用した Lewinian Person-Environment Fit theory とは、ストレスが生じる原因を個人要因と環境要因との交互作用に帰するモデルである。このモデルによれば、環境からの要請（ストレッサ）に対して、個人の能力や資質では対応できなくなった（あるいは、そう感じた）とき、人はストレスを感じるとされている。彼らは、バーンアウトをストレスの延長線上にあるものと考えた。すなわち、ストレスをうまく処理できず、それらが累積していく過程の中で、バーンアウトが生じると考えたのである。この見解にしたがえば、バーンアウトは、ストレスの結果生じる症状、すなわち、ストレン（strain）の1つであるということになる。バーンアウトをストレンの1つであると位置づけるのであれば、バーンアウトの因果モデルは、従来のストレス研究の枠組みの中で論じることができる。すなわち、その原因は、個人要因とストレッサとしての環境要因、そして、ストレスを軽減するための「対処行動」の成否に求められる。この因果モデルの概要を図 3-1 に示した。

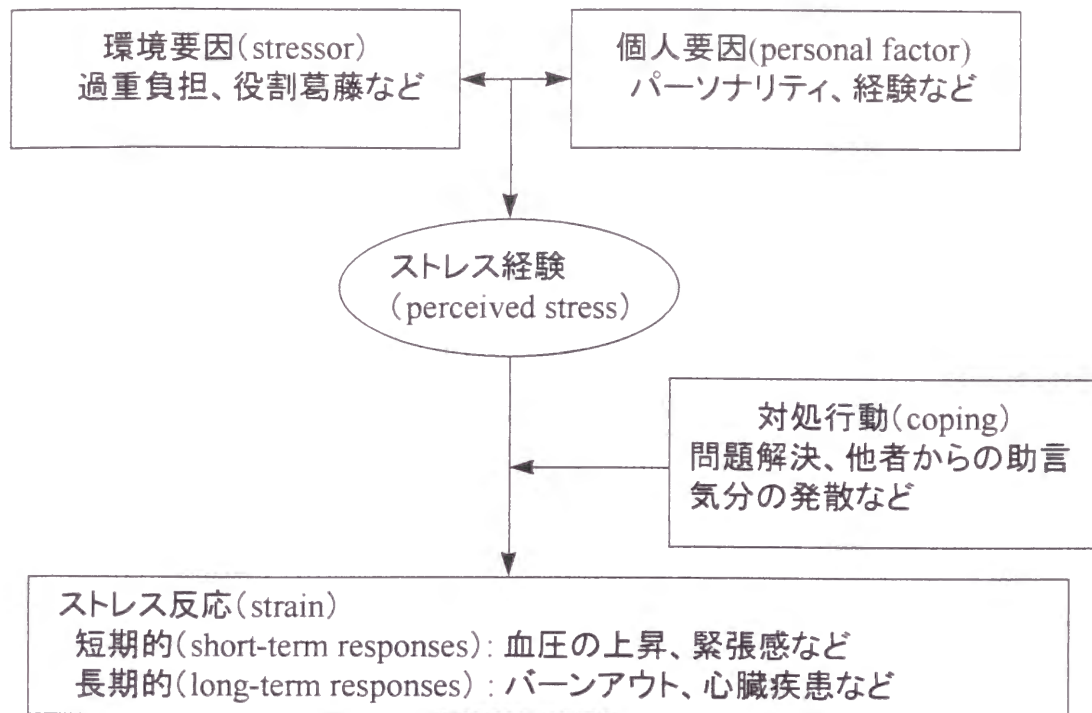


図 3-1 ストレスとバーンアウトとの関係

バーンアウトの因果関係を特定しようとする今までの研究を概観すると、図 3-1 のようなモデルを想定しているものがほとんどである（久保・田尾, 1991; Maslach & Schaufeli, 1993）。そこで、この章では、バーンアウトの原因としての個人要因と環境要因、さらに、ストレスを低減することで、結果としてバーンアウトの抑止に効果があるとされる対処行動について検討する。

個人要因

一般的に、ストレスを感じやすい人、感じにくい人が存在する。たとえば、ヒューマン・サービスの現場が、ストレスに満ちたところであったにしても、人によっては、その状況を克服して水準の高い仕事を維持していることもあるだろう。Lazarus & Folkman (1984) は、ストレスをストレスとして

認知し評価した場合、ストレスはストレスとなると述べている。逆に言えば、本人がストレスとして認知しなければ、ストレスとはなりえない。個人的な経験としてのストレスを重視する立場である。

1) 性格特性

バーンアウト研究の初期に、さまざまな雑誌に啓蒙的な論説を掲載していた Kahn は、「理想を言えば、（ヒューマン・サービスの現場では）バーンアウトしない人を採用すればよい」と述べている（Kahn, 1978）。もちろん、これは逆説的な言いまわしであり、実際にバーンアウトへの耐性が強い人、すなわち、ヒューマン・サービスの現場に理想を持たない人を採用することは、クライアントに対するサービスの質を著しく低下させる恐れがあるとも指摘している。彼らは、サービスの成行きを客観的に見つめ、何か問題が起これば、仕方のないことと諦めて、深いところでの自我関与を避けようとする人であるかもしれない。そうすると、サービスの量はともかく、質の向上はあまり期待できない。人に対するサービスはやはり、献身的な理想に殉じる姿勢があつてこそ向上していくという側面のあることは否定できない。ここに、ヒューマン・サービスの現場でのディレンマがある。つまり、ヒューマン・サービス従事者にとって最も重要な性格特性である他人を気遣う心、いわば、利他的な奉仕的精神が、バーンアウトしやすい性格特性と考えられているのである。

Freudenberger は、ヒューマン・サービスに従事している人には、概してひたむき（dedicated）で自我関与の高い（committed）人が多く、そのような人は、自らの性格ゆえにバーンアウトしやすいと述べている（Freudenberger, 1974; Freudenberger, 1975; Freudenberger, 1977）。

ひたむきに働こうとする人は、あまりにも多くの仕事を成し遂げようとし、できない場合、できないことに深く悩みがちである。実際、医療や福祉のサービス供給の現状を考えれば、できないことの方が多いというのは本人自身も承知しているはずである。それでもなお、ヒューマン・サービス従事者と

しての役割に忠実になろうとして、関与を深めていくのである Price & Murphy (1984) によれば、バーンアウトは「理想に燃え使命感に溢れた人を襲う病」なのである

自我関与の高い人は、山積みされた仕事一つひとつにこだわりすぎ、しかも、それらすべてを完遂させようとする。Larson, Gilbertson, & Powell (1978) は、完璧主義 (superhuman attitude) 傾向の強い人は、バーンアウトに陥りやすいと指摘している。完璧主義の人は、何事もすべて完全な形に成し遂げないと納得できず、妥協や中途半端なことを嫌う。しかし、現実には、ほどほどのところで手を打つことも多くあり、そのあたりで引際を考えられない人、また、考えようとしない人は、不要ともいえるストレスを抱え込むことになる。完璧とは多くの場合、達成されないものである。たとえば、ケース・ワーカーでは、修得済みの限られた知識や技術、それに、心理療法の理論的な限界をわきまえずに、来談者の処遇を考えようとすると、やがて自信を喪失して無力感を覚え、バーンアウトへの道を歩むことになる。

いずれにしろ、ヒューマン・サービスでは、人が相手の仕事だけに成果は見えにくく、達成感はなかなか得られない。終わりのないクライアントの要求と慢性的な人材不足、そのような環境の中で、ひたむきで自己関与の高い人が極度の消耗をへて、バーンアウトに陥ることは想像に難くない。

また、Freudenberger (1975) は、まわりの人をバーンアウトに陥れる性格特性についても言及している。権威主義的性格の上司は、仕事の細部にまで首を突っ込み、それらすべてを自らがコントロールしようとする。あらゆる事柄が自分の思いどおりにいかないと気がすまないという思い込みは、部下の動機づけを阻害し、消極的な態度を助長する。さらに、権威主義的人物の特徴である自己崇拝の傾向は、部下のなかに冷笑的な雰囲気醸し出すことになる。Freudenberger は、権威主義的性格の上司がいる職場では、部下のバーンアウトが頻発し、仕事の能率が低下したり離転職者が多くなると述べている。

では、質の高いサービスを提供しつつ、バーンアウトしない人とは、どのような人達なのであろうか。Kobasa (1979) は、ストレス耐性の高い人の

性格として、頑健さ (hardiness) という概念を提議している。頑健さとは、以下の3つの性格特性から構成される概念である。

1. 関与 (commitment)

生活の出来事に積極的に関わっていかうとする意欲。

2. コントロール感 (control)

物事を自分の力で変えることができるという信念。

3. 変革信念 (challenge)

安定よりも変化を望み、変化は成長につながるという信念。

これらの特性を備えた人は、ストレスへの耐性が高いことが報告されている (Kobasa, 1979; Kobasa, 1982; Kobasa, Maddi, & Courington, 1981; Kobasa, Maddi, & Kahn, 1982; Kobasa, Maddi, & Zola, 1983; Kobasa & Puccetti, 1983)。また、頑健さを備えた人はバーンアウトへの耐性も高いという結果も報告されている (McCranie, Lambert, & Lambert, 1987)。

2) その他の個人要因

性格特性だけではなく、教育の程度や年齢などの属性も、バーンアウトと関係があるとされている。

Bartz & Maloney (1986) は、集中治療室で働いている看護婦について調査をおこない、経験のない、若い看護婦ほどバーンアウト得点が高いという結果を報告している。また、Fimian & Blanton (1987)、McCarthy (1985)、O'Driscoll & Schubert (1988)、Russell, Altmaier, & Velzen (1987) などの研究でも、年齢や勤務年数とバーンアウトとの間に負の相関関係のあることが報告されている。

経験あるいは年齢という要因は多義的である。O'Driscoll & Schubert (1988) が指摘するように、年齢が若く未経験な人ほど、仕事に理想を持ちやすい傾向にある。この点について、Bramhall & Ezell (1981) は、理想主義的熱情はバーンアウトの第一段階であるという見解を述べている。とくに、reality shock (Kramer, 1974) を経験していない、つまり、現実の壁に、ま

だぶつかっていない情熱的な初心者 (enthusiastic beginner) ほど、クライアントのことを真剣に考えるあまり、消耗のサイクルに踏み込んでしまうキャリアの浅い、若い人は、*reality shock* を契機にバーンアウトしてしまうとする見解である。たとえば、Schuwab & Jackson (1986) は、教師が就職して最初に出会う仕事が期待していたものと異なる場合、バーンアウトを経験することがあると報告している。

また、Fimian & Blanton (1987) は、ストレスへの対処行動を問題としている。経験を積むことで、ストレスへの対処行動を学ぶとする見解である Rosenthal, Schmid, & Black (1989) も、年齢が高く人生経験が豊かになるほど、ストレスに対する計画的で適応的な対処行動をおこなっていると報告している。年齢を重ね経験を積むことで、学ぶことも多いとする立場である。学ぶという意味では、教育の程度とバーンアウトとの関連を指摘する研究もある。教育程度の高い人ほど個人的達成感を感じやすく (Landsbergis, 1988)、消耗感を経験しにくい (Bartz & Maloney, 1986)。

性差については、一貫した結果は得られていない。Etzion (1984)、Etzion & Pines (1986)、Lachman & Diamant (1987) では、女性のほうがバーンアウトしやすいという結果が報告されている。その理由として、Etzion & Pines (1986) は、女性は一般に仕事と家事という 2 つの仕事を持ち、両者の間での葛藤を経験する事が男性に比べて多いということ、また、女性のストレスへの対処行動が男性に比べて間接的で、効果が少ないということをあげている。しかし、Russell, Altmaier, & Velzen (1987) は男性の方がバーンアウト得点が高いという結果を報告しているし、Lemkau, Rafferty, Purdy, & Rudisill (1987)、Pines & Kafry (1981) では、バーンアウトに男女差はないとする結果が報告されている。

環境要因

バーンアウト研究の初期においては、個人特性とバーンアウトとの関係が盛んに議論された。その後、MBI や BM などの尺度が考案され、実証的な研

究がバーンアウト研究の主流となってからは、バーンアウトの原因を個人特性に求めるよりも、どのような状況でバーンアウトを経験しやすいのか、発症の背景や文脈の把握に重点がおかれるようになってきた

従来のストレス研究では、職場環境のどのような側面がストレスの生起と結びついているかについて、数多くの知見が蓄積されてきている（Cooper & Marshall, 1976 など）。以下にこれらの環境要因とバーンアウトとの因果関係について考察する。

1) 職場環境

ヒューマン・サービスの職場のどのような側面がバーンアウトの発症に関わっているのでしょうか。Constable & Russell (1986) は、看護婦を対象に、職場の環境要因とバーンアウトとの関係についての調査を行なった。MBI を目的変数、作業環境などの要因を説明変数とする重回帰分析の結果、仕事の切迫感 (work pressure) が、情緒的消耗感の直接の原因となることが確かめられた。また、Dolan (1987) は、精神病棟と一般病棟の看護婦を比較して、精神的な負担が大きいはずの精神病等に比べて、一般病棟の看護婦が強くバーンアウトを経験しているという結果を報告している。精神病棟と比べ、一般病棟では、入れ替わり立ち替わり、多くの患者に対応しなければならず、そのことが現場の看護婦の消耗感を高めているのである。その他、数多くの研究が、日々接するクライアントの数が、バーンアウトの発症と密接に関係していることを報告している (Jackson, Turner, & Brief, 1987; Friesen & Sarros, 1989; Lahoz & Mason, 1989; Shinn, Rosario, Morch, & Chestnut, 1984; 田尾, 1987; 田尾, 1989 など)。

ヒューマン・サービスの現場では、クライアントとのあわただしい、ゆとりのない関係が日常化している (田尾, 1989)。仕事への切迫感、そして、それに伴う多忙さや過重な負担が、ヒューマン・サービス従事者のストレスを高めていることは想像に難くない。ヒューマン・サービスは、その仕事の性質上、一人のクライアントに対して、一人のワーカーが、その全能力を

そそぎ込むのが理想のかたちとされている。しかし、この一対一という理想のサービス関係を貫こうとすれば、現実には、ヒューマン・サービスは、半永久的に人材不足に悩むことになる。この理想と現実とのギャップが、ヒューマン・サービス従事者に過重な労働負担を強いている。すなわち、彼らが担当するケースの一つひとつに、一対一の理想にしたがって、全力を投入していくと、割り当てられるケースとのとめどもない格闘を余儀なくされることになる。肉体的、情緒的な消耗感を経験せざるを得ない。

このようなヒューマン・サービスの事情を考慮すれば、現場での過重な負担を少なくするためには、日々接するクライアントについて、適度なサービスを施すことができる適正数を考えるべきであろう。一人の担当者が責任をもってケアできるクライアントには限りがあり、それが多くなり過ぎると、過重な負担を感じバーンアウトに陥りやすくなる。たとえば、Maslach & Pines (1977) は、託児所について、一人当りの職員が世話する子供の数が多部署と少ない部署を比較して、子供をケアする機会が増えて、直接的な相互作用が多くなるほど、消耗しやすくケアの質も低下すると報告している。託児所における、一人あたりの職員が担当する子供の数との関係で、子供の数が多くなるほど、バーンアウトを経験する頻度が多くなり、たとえ勤務時間が長くなり疲れ気味であっても、直接子供と接する機会が少なければ、バーンアウトの発症は少なくなると述べている。物理的な忙しさを緩和するよりも、クライアント数の適正化をはかる方が、バーンアウトの低減には効果があると考えられる。

過重な負担が、自らの意志ではなく、他者から強制されたものであったならば、事態は一層深刻となる (Landsbergis, 1988)。Borland (1981) は、ソーシャル・ワーカーにバーンアウトが頻発するのは、医師などに比べて、彼らには自律性が認められていないためではないかと考えた。つまり、何か問題が起きても、自らの裁量で処置できず、肝心のところは必ず医師の判断を仰ぎ、その指示に従わなければならない。医師の指示であれば、意に反する仕事もこなさなければならない。Dolan (1987) も同様の論点から、看護婦は、看護のプロフェッショナルよりも、医師の医療行為の補助者として認知

される場合が多く、ひたすら医師に従属するという立場を強いられると論じている。

このように、自律性が未確立な職業では、多忙であつたり過重な負担があつても、それを軽減したり解消したりできる権限が自らの立場にはなく、他の人たちの決定に依存しなければならない。バーンアウトが問題とされる職種は、Rapoport (1960) の指摘にあるように、社会的な位置づけが不明瞭で、他の職種からの干渉も多く、プロフェッションとしての自覚が希薄で、自律性に乏しい職種に多い。逆に言えば、医師のような自律性が確立された職種では、同じヒューマン・サービス関連の職業でありながら、バーンアウトが問題とされる場合は極めて少ない。職種としての自律性がバーンアウトの発症と密接に関わっていることの証拠である。

このような自律性の要因は、職種に固有のものではなく、個々の職場の管理体制にも関係している。たとえば、Miller, Ellis, Zook, & Lyles (1990) は、アメリカ中西部の精神病棟で働いている看護婦や医療従事者を対象に、職場のコミュニケーション形態とバーンアウトとの関連を調べる調査をおこなった。その結果、職場のコミュニケーション形態に関わる要因のうち、職場改革などの意思決定に関与できるか否かが、バーンアウト得点と最も高い関連があつた。すなわち、自らの裁量が発揮できる職場に勤務している人ほど、バーンアウトへの耐性が強かつたのである。また、Gaines & Jermier, (1983) は、厳格で融通のきかない規則が個人の裁量権を縛り、バーンアウトをまねくという結果を報告している。指示を受けるだけ、命令されるだけという一方的なコミュニケーション構造がストレスと密接に関わっているのである。自律性の問題は、個々の職場の管理体制の問題でもある。

しかし、職場の運営が完全に個人の裁量に委ねられている場合にも問題は生じる。逆に、厳格な規則がバーンアウトを低減させることもある。Pines & Maslach (1980) は、大学に付属する託児所の組織改革を行ない、そこで働く人々のバーンアウトの軽減に成功したフィールド・スタディの過程を報告している。この託児所では、勤務時間以外は、すべてスタッフの自由裁量に委ねられており、いつどこで誰の世話をしようが何の規制もなかった。また、

子供たちも自由に部屋を移動でき、どこで何をして遊ぼうが、まったくの放任状態であった。一見、自由な職場に思える、この託児所は、予想に反してスタッフの多くが消耗感を感じていた Pines & Maslach は、この託児所の無秩序な組織体制が、結果として、スタッフの労働過多や消耗感につながっていると考え、スタッフへの仕事の割り当てや責任の範囲を明確にした厳格な規則を導入した。そして、この改革によりスタッフの消耗感を軽減し、充足感を持たせることに成功している。

ヒューマン・サービスという職業には、物ではなく人を相手にするだけに、役割の曖昧さという問題が本質的につきまとう。しかし、できうる範囲で、スタッフ個人個人の責任の及ぶ範囲を明確化していく努力は必要であろう。それによって、ある特定個人に仕事が集中するのを防ぎ、肉体的な疲労を少なくし、情緒的消耗感を軽減することができる。また、目標がある程度限定され明確になるので、スタッフが成功感を感じやすくなる。

この意味で、適正な管理体制を構築することで、バーンアウトを抑制することができると考えられる。たとえば、概して、一般病棟よりも集中治療室の方が激務であり、それに伴うストレスも多いと考えられる。しかし、中村・土江（1993）は、集中治療室では、バーンアウトを経験する看護婦がむしろ少なかったと報告している。これは、ストレスの多い職場であるために管理体制が他の職場よりも整備され、短時間の就労ではむしろ働きやすさが配慮されているからということであった。管理システムを整備することによってバーンアウトを軽減できることの一例である。

最後に、衛生状態の管理も、職場環境の重要な側面である。特に、危険の多い職場では衛生管理と従業員のストレスとは密接に関わっている。ストレスの分野では、職場の衛生管理に関する研究は数多くおこなわれているが（河野,1987 など）、バーンアウトの分野では、衛生管理とバーンアウトとの関係を扱ったものは意外と少ない。たとえば、Bolle（1988）は、エイズ患者をケアする職場の看護婦についての調査結果から、エイズに感染する恐れが、現場の看護婦にとっての大きなストレス源となり、バーンアウトを引き起こしていることを報告している。

2) 職務構造

職務構造に由来するストレスのうち、職務上の役割に関わるものとして、役割葛藤 (role conflict) と役割の曖昧さ (role ambiguity) が知られている職場のなかで人は何をしたいかほしくないか、期待し、期待されるという関係がある。他人の期待を取り入れることによって、その人の役割が形成されることになる。期待された役割に沿いながら、その人は判断し行動することになるのである。しかし、期待されていることが分からなかったり、また、期待が大きすぎて、その期待を十分果たすことができなかつたりすると、ストレスを感じるようになる。

役割葛藤に由来するストレスとは、2 つ以上の両立しえない要求を果たさなければならなくなったり、自らの資質や能力に合わない仕事をさせられるなどで生じるストレスである。また、役割の曖昧さに由来するストレスとは、自分の責任のおよぶ範囲がわからないなかつたり、明確な目的がなかつたり、何をどこまですべきであるかが不明であると生じるストレスである。役割葛藤も役割の曖昧さもともに、職務構造と密接に関係している。

役割ストレスの研究は、Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek, & Rosenthal (1964) によって論議されて以来、数多くの知見が蓄積されてきている。そのため、役割葛藤や役割の曖昧さと、バーンアウトとの関係を調べた研究は多い (Bacharach, Bamberger, & Conley, 1991; Burke, Shearer, Deszca, 1984; Fimian & Blanton, 1987; Jackson, Schwab, & Schuler, 1986; Jackson, Turner, & Brief, 1987; Leiter & Maslach, 1988; Schwab & Iwanicki, 1982; 田尾, 1989 など)。たとえば、Schwab & Iwanicki (1982) は、教師について、役割ストレスとバーンアウトとの関係を調査している。役割葛藤と役割の曖昧さの指標として、Rizzo, House, & Lirtzman (1970) の The Role Questionnaire を用いている。Schwab & Iwanicki は、MBI の 3 つの下位尺度それぞれを従属変数とし、役割葛藤と役割の曖昧さを独立変数として、重回帰分析を行なった。その結果、役割葛藤は、情緒的消耗感、脱人格化と密

接に関係があり、役割の曖昧さは、個人的達成感に強く関わっている要因であることが確かめられた。期待された2つ以上の役割の間で葛藤があると、疲れきったり、あるいは、人を人として接することができなくなったりするなど情緒的な消耗や脱人格化を感じやすくなる。他方、何をすればわからないといった役割の曖昧な職場では、仕事の勝手がわからず、分からないまま壁にぶちあたり、達成感の低下をもたらすことになる。この結果は、役割葛藤と役割の曖昧さ、それぞれがバーンアウトの異なる側面の規定因になっていることを示唆している。

ヒューマン・サービスの職務構造は、役割ストレスを引き起こしやすいとされている（田尾, 1989）。ヒューマン・サービスの組織は、クライアントという生身の人間が相手であるだけに、クライアントの状況により成果が相違することも少なくない。つまり、合理的に設計された一般の企業組織に比べると、作業の手順や手続きが明示的ではなく、目的とそれを達成するに至る過程の関係が定まらないのである。時として、ヒューマン・サービスでは無定量、無際限のサービス提供を強要されがちである。何をすべきか、あるいは何が求められているかがわからない、結論のみえない仕事は、無闇に働き、いたずらに疲れるだけであり、バーンアウトのもっとも有力な規定因になるようである。

バーンアウトとキャリア・ディベロップメントとの関係を指摘する研究もある。Gaines & Jermier (1983) は、警察に勤務する警察官について、昇進の機会が少ない職種ほど、情緒的消耗感が大きくなるという結果を報告している。昇進などこれ以上のキャリア・ディベロップメントは望めそうにないと思うと、働く意欲が衰え、意気消沈する。閉ざされたキャリアはバーンアウトを引き起こす要因である。したがって、キャリア・ディベロップメント・プログラムが完備されていたり、昇進のための指針が明確な組織では、バーンアウトが起こりにくいと考えられる。

一般的に、ヒューマン・サービス組織は、専門家の集団であり、一般企業などと比べると、職位のヒエラルキーも少なく、昇進の機会はあまりない。たとえば、看護婦であれば、主任、婦長という上位のポストはあるが、数が

限られており、必ずしも全員がこれらのホストにつくとは限らない。看護婦としての全キャリアを、スタッフとして働くものも少なくない。キャリア発達の可能性は、構成員の組織へのコミットメントや仕事へのモチベーションを高める重要な要因である。ここにも、ヒューマン・サービス組織にバーンアウトが頻発する理由の一端がある。

3) 人間関係

職場での人間関係は、時として、満足や安心感を与えてくれる要因であり、モチベーションを強化するための要因になりえるが、他方、それは強力なストレス源として作用することもある。とくに、ヒューマン・サービス従事者は、職務として、クライアントとの人間関係を良好に保つことが求められていると同時に、同僚や上司など職場の人間関係もこなしていかなければならない。Lachman & Diamant (1987) の表現を借りれば、「二重の責め苦を背負う」可能性がある。

Leiter & Maslach (1988) は、職場の上司や同僚との関係と MBI との関係調べた。その結果、同僚との関係が良好なもののほど、個人的達成感を得やすく、脱人格化をおこしにくいこと、並びに、上司や同僚との関係がうまくいっていないもののほど、情緒的消耗感を経験しやすいということを報告している。また、Belcastro, Gold, & Grant (1982) や Hare, Pratt, Andrews (1988) などは、看護婦や教師について、同僚などとの人間関係がよくないとバーンアウトに陥りやすいという結果を報告している。

しかし、最初に述べたように、人間関係は、時としてストレスを軽減する役割を果たすこともある。ソーシャル・サポート (social support) という考え方である。House (1981) によれば、ソーシャル・サポートとは、物理的な、たとえば、金銭などの援助だけではなく、困っていたら助けてあげるとか役に立つ情報を流してくれるとか、失敗したら慰めてくれるとか、あらゆる支援行動を包括している。ソーシャル・サポートがバーンアウトを軽減するという結果は、数多くの研究者により報告されている (Beck & Gargiulo,

1983; Burke, Shearer, & Deszca, 1984; Davis & Barrett, 1981; Kirk & Walter, 1981; Maslach & Pines, 1977; Paine, 1981; Shinn, Rosario, Morch, & Chestnut, 1984; Wade, Cooley, & Savicki, 1986; Zabel & Zabel, 1982 など)

たとえば、Wade, Cooley, & Savicki (1986) は、バーンアウトに陥ったとされた 46 人の被験者について、継時的な追跡を行い、その後回復した 15 人と悪化した 18 人を比較したところ、悪化した人たちはサポートが少なかったと報告している。

また、ソーシャル・サポートをしやすいような組織風土にも注目しなければならない。O'Driscoll & Schubert (1988) は、ニュージーランドの多目的社会サービス機関で働いている職員についてリッカートの組織風土の測定尺度を適用して、支持や相互信頼を生む風土がバーンアウトの軽減に効果的であることを明らかにしている。

さらに、Russell, Altmaier, & Velzen (1987) は、教師を対象に、単なるソーシャル・サポートだけではなく、敬意を受けることがバーンアウトを軽減する重要な要因であるという結果を報告している。Zabel & Zabel (1982) は、障害児学級の教師について、バーンアウトの少ない教師は、管理者や同僚の他に、生徒の両親からの支持も受けていたことを報告している。ヒューマン・サービス従事者にとって、クライアントからのサポートは何よりも重要な要因であることが推察できる。

家族からのサポートも、それが持続的であるという点で重要である。田尾 (1987) は、福祉や教育関係に従事している人たちを対象に、仕事のこと、仕事以外のことについて、誰から支持を得られそうであるか、それぞれ、上司、同僚、職場外の友人、そして、配偶者が相談相手になり得るか否かについて判断を求めた。そして、相談相手になると回答した人とならないと回答した人の間で、バーンアウト得点の違いを調べた。その結果、相談する内容が仕事であるか否かに関わらず、配偶者が相談相手になっていると答えた人のバーンアウト得点は、ならないと回答した人たちに比べて低いことが確かめられた。上司、同僚、職場外の友人については、バーンアウト得点にこの

ような差はみられなかった

この結果は、相談相手としての配偶者の存在が、バーンアウトの低減に効果があることを示している。ヒューマン・サービス従事者は、その仕事の性質上、悩みや弱みをもつことが、仕事に対する適性のなさを表わすものとして、それを上司や同僚に開示することに心理的抵抗を感じることが多い。上司や同僚への不用意な開示は、職場での自分の評価や立場を悪くするかもしれない。それゆえ、配偶者を相談相手にすることは、これらの事態を未然に防ぐものであり、彼ら自身のストレス回避のための重要な手段となっていると田尾は述べている。

他にもバーンアウトの発症と家族関係が密接に関係していることを指摘する研究は少なくない(Bacharach, Bamberger, & Conley, 1991; Leiter, 1990; Wolpin, Burke, & Greenglass, 1991 など)。また、Jackson & Maslach (1982) は、バーンアウトした警官は、その疲れを家庭に持ち帰ることになり、それが家庭内不和にもつながると述べている。ストレスが、逆に家庭崩壊につながるというわけである。

少し変わった視点では、Ekborg, Griffith, & Foxall (1986) は、家庭を舞台にしたバーンアウトを取り上げている。従来、バーンアウトは職場関係のなかで議論されてきた。対象は看護婦やソーシャル・ワーカーなどである。彼らには同僚や配偶者のサポートがとりあえず期待できる。しかし、家庭で介護する場合、寝たきり老人や障害者は、家族からサポートを受けるが、介護する人自身に対するサポートについては、問題とされることが極めて少ない。配偶者を含めた介護者のバーンアウトに関しては、わが国でも、中谷 (1993) など少数の研究例がみられるが、在宅福祉が重視されつつある現状をみると、今後一層注目されるべきであろう。

対処行動

対処行動 (coping) とは、ストレスを低減するための方策である。ストレスとストレンの中間に位置し、両者の間でモデレータ要因として機能すると

考えられている（図 3-1 参照） すなわち、ストレスを有効に処理し、そこからネガティブな結果（ストレン）が生じることを抑止する要因として位置づけられている

この意味で、対処行動は、ストレスを認知し、評価した後の過程である。しかし、評価そのものが対処行動であることも少なからずあり、モデルの中での位置づけは必ずしも厳格ではない。たとえば、ある人が、仕事の上で過大な負担を背負わされたとき、それを負担とは考えずにマイペースで処理していくような場合を想定してみる。この行動は、その人なりの対処行動であると考えられるが、すでに生じているストレスを軽減するための方策というよりも、最初からストレスを感じないためのやり方である。また、組織などでは、良心の呵責をおぼえるような仕事を強いるために、研修などを通じて構成員の倫理観や認知的な枠組みを変容するようなことが行われているが、これも、構成員が「余計な」ストレスを感じないための、組織的な対処行動であるとも言えよう。

このように考えると、ストレスの認識そのものも対処行動に含まれることになり、モデルでの位置づけがあいまいとなる。この点、研究者の間でも、議論が交錯している。たとえば、前項でストレスサとして取り上げた「人間関係」という要因も、ストレスからストレンにいたる過程のモデレータ要因として位置づけている研究者もいる（Cohen, Mermelstein, Kamarck, & Hoberman, 1985 など）。ある要因が、ストレスを低減し、望ましからざるストレンを抑止するのか、あるいは、ストレス自体の発生を抑えるのかを決定することは、概念的には可能であっても、実際上は困難である場合も少なくない。また、ストレス研究の現状においても、両者を区別して扱うことの実際的な意味は、まだ生じていないと考えられる。

そこで、筆者は、本論文で取り上げる方策が、ストレスに直接的、あるいは間接的に影響を与えることで、バーンアウトの発症に関与しているという立場から、対処行動について論じていくこととする。

1) ストレスへの対処行動

まず、従来のストレス研究における対処行動の理論について論じる。対処行動を研究する際よく用いられる手法は、インタビュー調査や自由記述による質問紙調査などから、現場の人たちが、日常どのような対処行動を用いているかをリストアップし、分類する方法である。たとえば、Jacobson (1983) は、87 人の新生児集中治療部の看護婦が経験するストレスとそれを低減するために用いられる対処行動を調査し、彼らが採用している対処法を以下の 3 つに分類した。

1. 認知的加工：「自分のやり方を修正ないしはやり直す」、「自分の知らない情報を集める」、「客観的、知的な態度を養う」など自分の認識を変えることによってストレスに対処しようとする方法である。
2. 個人的スキルの使用：「自分の気持ちを直接表現する」、「病棟の環境を明るくしようと努める」など、自らのスキルを磨き、直接行動によって何かを変えていこうとする方法である。
3. 逃避：「問題との関わりを減らすようにする」、「心配しないようにする」など、問題とされる状況から逃げ、当面の苦痛を少なくしようとする方法である。

また、Dewe (1989) も、2500 人の看護婦について調査をおこない、以下のような 6 つの対処行動の類型を報告している。

1. 問題指向的行動：「他の人に自分の立場を理解してもらう」、「仕事を人に委せる」、「知識を増やす」など。
2. 緊張の緩和・釣合のとれたものの見方：「別のことで気を紛らす」、「リラックスする時間をみつける」、「経験豊富な人に教示をあおぐ」など。
3. 感情・不満の表出：「他人のあらさがしをする」、「同僚に苛立ちをぶつけ、うさばらしをする」など。
4. 我慢：「自分の胸にとどめておく」、「最悪の事態を想定して備えておく」など。
5. 回避：「自分のやることではないと考える」、「まわりで起こってい

ることから自分を遮るようにする」など

6. 受動的方法：「煙草を吸う」、「紅茶やコーヒーを飲む」、「酒を飲む」、「休暇のことを考えて元気を出す」など

対処行動については、近年になって、いわゆる How-to 的な知見の集積から理論的な枠組みが整備されはじめた。さまざまな対処行動の方策について、体系的な整理が試みられている。その代表的な研究が Lazarus & Folkman (1984) によるものである。彼らは、対処行動の効果ではなく、その機能に着目し、問題中心型 (Problem focused) 対処行動と情動中心型 (Emotion focused) 対処行動の 2 つに分類している。この分類は、対処行動を研究するうえでの基本的な枠組みとして広く受け入れられている。

問題中心型対処行動とは、ストレスを感じている源、つまり、ストレスの原因としてのストレスそのものを除去しようとする方策である。どこが問題であるのか、何を除去すればよいのか、そのためには何をすればよいのかを考える、問題直視の対処法である。情動中心型対処行動とは、ストレスそのものではなく、ストレスによって生じることになった結果、つまり、ストレスを緩和することを重視した対処法である。とくに、ストレスによって喚起された感情や苦痛を、その原因には触れることなく、低減しようとするものである。

Billings & Moos (1982) は、問題中心型、情動中心型に、評価中心型 (Appraisal focused) の対処行動を加え、さらに、問題中心型と情動中心型それぞれを 2 つの下位カテゴリーに分類した。彼らの分類とそれぞれの具体的な対処行動の例を以下に示す。

1. 問題中心型対処行動

- a) 情報探索 (Information seeking)

「専門家や友人に相談する」、「問題の別の側面を考えてみる」など

- b) 問題解決 (Problem solving)

「あせらずに行動する」、「計画に従って行動する」など

2. 情動中心型対処行動

- a) 情動調整 (Affection regulation)

「状況のよいところを見るようにする」、「忘れるために他のことに没頭する」など。

b) 気分の発散 (Emotional discharge)

「怒りや不満を他の人に表現する」、「飲酒、煙草、薬物などで緊張を緩らげる」など。

3. 評価中心型対処行動

a) 問題分析 (Logical analysis)

「問題を処理するために別の方法を考える」、「過去の経験に照らしてみる」など。

一般的言って、問題中心型の対処行動は、自分のおかれている環境や事態に問題があると判断される場合に用いられる方法である。情報を集めたり、状況を分析したり、直接的な行動にでたりすることによって、環境や事態の改善をはかる対処行動である。また、時として、まわりではなく、自分自身が問題となる場合もある。自分が課題を果たせなかったことにより招いた事態を、自分が努力することで改善した場合などは、それに該当する。

他方、情動中心型の対処行動は、問題となっている環境や事態が自分の手には負えないと判断した場合に用いられる方法である。ストレスの除去を放棄しているため、ストレスの結果生じる苦痛をやわらげることが行動の目的となる。意識的に感情を調整することで苦痛を感じないようにしたり、または、他の事で気を紛らわして発散したりすることで切り抜けようとする方策である。

この意味で、問題中心型対処行動と情動中心型対処行動の選択は、当事者が感じるコントロール感と関係している。Folkman (1984) は、45 歳から 64 歳までの 100 人の男女が日常生活のさまざまな出来事にどのように対処しているかの調査をおこなった結果、状況に対するコントロール感と対処行動の選択との間には密接な関連があったことを報告している。つまり、ストレスとなっている状況が改善できそうであると判断したときは、問題中心型の対処行動を採用して、問題に前向きに対処しようとするが、逆に改善の見込みがないと判断したときは、対処行動の目的は情動の調整などとなり、

問題からは回避の姿勢をとることになる

また、問題中心型対処行動と情動中心型対処行動は、ストレスに対しては、「対決」と「回避」という正反対の方向ではあるが、必ずしも、背反的な方策ではない。Folkman (1984) も指摘しているように、実際には、ストレスに対しては、その両方の対処努力の組合せが必要になるのである。たとえば、問題をシステムティックに解決していくには、情動中心型の対処行動によって感情がうまく調節されている必要がある。

2) バーンアウトへの対処行動

バーンアウトがストレンの1つであるとすれば、有効な対処行動は、バーンアウトの低減に寄与するであろう。この項では、バーンアウトがヒューマン・サービスに特徴的なストレンであるという観点から、ヒューマン・サービスの現場での対処行動について、さらに具体的な議論を展開する。

まず、個人レベルでの対処行動では、ストレスに耐えられるように個人の能力や資質を向上させることが、最も効果があるとされている。前項で述べた自分自身に向けた問題中心型対処行動である。そのためには、教育と研修、それにとともなう自己啓発が必要である。とりわけ、人と接することを職務とするヒューマン・サービスでは、高い社会的技能 (social skill) が必要とされる。

Larson, Gilbertson, & Powell (1978) によれば、ヒューマン・サービス従事者は、クライアントとの関係において相手の立場に共感する存在 (interchangeable entities) になることが期待されている。患者と同じような立場、同じような見方に立って、物事を考えたり判断することが望まれる。悩みや障害を抱える人と立場を同じくすることは、非常に大きな努力、それも情動的な努力 (emotional investment) をともなうものである。特に、慢性疾患や回復の見込みのない人を担当した場合、無際限の努力が延々と続くことになる。このような状況に献身的にのめり込んでしまうことこそ避けねばならない。

Lemkau, Rafferty, Purdy, & Rudisill (1987) は、ヒューマン・サービス従事者は、一方で、心理社会的に感受性が高く (psycho-socially sensitive)、他方で、技術的に卓越 (technically competent) しなければならないと述べている。また、Rapoport (1960) は、知的に、かつ情緒的にクライアントと接することが肝要であると述べている。

消耗感の果て、関与の留保とは似て非なるもの、クライアントに対する完全な無関心、すなわち、脱人格化的態度が形成されていくのである。

すなわち、ヒューマン・サービス従事者は、クライアントに対して暖かく、共感性をもって接すると同時に、他方では、冷静で客観的な態度を堅持しなければならないのである。Lief & Fox (1963) は、このような態度を *detached concern* と呼んだ。このような姿勢は、クライアントと全く同じ立場に身をおいたがために、冷静な判断ができなくなったり、クライアントに引きずり回されて、心身ともに消耗してしまうといった、ヒューマン・サービス従事者が犯しやすい誤りを防ぐための、一種の防御手段である。クライアントに共感しながら一定の距離を取る、この相矛盾する 2 つの態度傾性を個人のなかで両立させるという高度な技術を取得することが、ヒューマン・サービス従事者として成功をおさめ、バーンアウトへの耐性も高めるための、最も効果的な対処法と考えられている。

しかし、このつかず離れずの態度は、容易に身につくものではない。逆に言えば、この態度を修得する以前に、クライアントとの「濃密な」関係により、心身ともに消耗しきってしまう恐れがある。その意味で、現実を学び現実的な「处世術」を学習するだけでも、バーンアウトへの耐性を高めることができる。リアリティ・ショックを経験しながら、理想と現実の妥協点を模索することも時として必要である。サービス発給の現状を直視し、そのなかで、自分がどのように考え行動すればよいかを的確に把握することで、自分自身の限界を知ることができる。何ができて、何ができないのか、「不要な」努力を削り、全体としてのサービスの質を低下させない現実的な対処法である。

従来の対処行動の枠組みは、個人的な方策を主に取り上げてきた。実際、

日常場面では、個人的な方策が多く用いられる傾向にある。たとえば、Cronin-Stubbs & Velsor-Friedrich, (1981) は、看護婦のストレスと対処行動についての調査をおこなった結果、ほとんどの看護婦が、日々のストレスを自覚しているが、その対処行動として、運動をしたり、骨休めしたり、考え方を変えたりなどの適応的と考えられる方策から、煙草を吸う、ヤケ喰いする、問題を無視するなど不適応対処行動まで、個人的なノウハウに頼った方策を用いていると報告している。

しかし、ストレスへの対処としては、個人の努力だけでは限りがあると考えねばならない (Ceslowitz, 1989; Shinn, Rosario, Morch, & Chestnut, 1984 など)。管理施策のなかに制度として組み込むなど、ヒューマン・サービスの組織的な制度改革を視野に入れた議論が必要であろう。たとえば、先の例で言えば、社会的技能を身につけるためには、個人的な勉強や経験だけでは限界があり、時として誤った方向に傾く可能性もある。さらに、完全に個人の努力に委ねてしまった場合、技能や知識がすべての従事者に等しくいきわたるという状況にはなりえない。この場合、これらのデメリットを考慮すれば、組織的な教育体制やサポート体制の確立が望ましいことは言うまでもない。以下に、従来の研究結果から、バーンアウトの低減に効果があるとされている組織的な対処行動について述べる。

まず、ヒューマン・サービスの教育研修制度は、サービス発給技術の修得に重点がおかれてきたが、前述したように、社会的技能を含んだプログラムへの拡充が望まれる (Maslach, 1976 など)。さらに、教育研修制度は、個人のキャリア開発ともリンクさせておく必要がある。昇進や昇格を含めたキャリアの道筋が整備されていると、自分の今やるべきことが明確となり、ストレスへの耐性を強化することにもつながる。

また、Freudenberger (1975) は、同じ人を同じような仕事に張り付けない工夫が必要であると述べている。いわゆる、キャリアの発達にともなうジョブ・ローテーションも、時として必要となってくる。実際、ヒューマン・サービスに従事している人たちは、いわゆる専門職、プロフェッショナルである人たちが多く、これらの職業には、ステージがないか、あっても少ない

たとえば、看護婦では、主任、婦長、総婦長（看護部長）のようにランクが少ない。昇進や昇格の機会が制限され、同じ役割に張り付けられる期間が長くあるということが、バーンアウトを誘発する 1 要因になっているとも考えられる。昇進や昇格だけではなく、気分の転換をも含めたローテーションのような人事施策もバーンアウト低減のために望ましいといえよう。

キャリア開発とともに、構成員の自律性も、組織として配慮すべき点であろう。組織の意思決定に個人がどの程度関与できるかが、組織における個人の自律性である。Jackson & Schuler (1983) は、構成員の意志決定への参加を促すことが、バーンアウトの低減に有効であると述べている。また、意思決定への積極的な参加が促される組織では、職場内のコミュニケーションも活性化し、職場集団の一体感、あるいは、構成員同志の体験の共有といったポジティブなネットワークも生まれやすい。Freudenberger (1975) は、こういったネットワークの構築が、職場としてのバーンアウトの低減に欠かせない要因であるとしている。

第4章 実証研究 I

目 的

3 章までの議論をふまえ、看護婦を対象とした調査データによりバーンアウトを引き起こす環境要因について検討する。

調査の方法

1) 対象と調査の手続き

調査は、京都府下の病院に勤務する看護婦を対象に実施した。病院は 10 ヶ所、施設の規模は、大規模病院（400 床以上）7 施設、中規模病院（200 床以上 399 床以下）1 施設、小規模病院（199 床以下）2 施設であった。また、設置主体は国公立系 6 施設、私立系 4 施設であった。調査の実施にあたっては京都府看護協会の協力を得た。

1200 部の調査用紙を用意し、対象となる 10 施設の看護婦の員数に応じて配布した。各施設で一定期間留め置いた後、施設単位で回収した。看護婦への配布と回収の方法は、各施設に委ねられたが、質問紙の性質上、上司などに知られることを恐れ回答が歪められる恐れがあったため、回収に際しては、あらかじめ用意した封筒に回答者自身が封入し、さらに、糊付けして、所定の場所に集約することを周知、徹底した。また、得られたデータは学術的な目的以外には使用しないことも、あわせて強調した。最終的に、976 名からの回答があり、回収率は 81.3%であった。

質問紙のフェイスシートで、「正看護婦」、「准看護婦」、「その他」から所有している「資格」をひとつ選択してもらった。その結果、「その他」を選択していたものが 11 名いた。本研究は、病院で看護婦として働いている人を対象とした調査なので、この 11 名を分析データから削除した。また、同じくフェイスシートで、性別を回答してもらった。その結果、男性が 15

名含まれていることがわかった。3 章で述べたように、女性と男性でバーンアウトに差が見られるとする報告もあり (Etzion, 1984; Etzion & Pines, 1986; Lachman & Diamant, 1987; Russell, Altmaier, & Velzen, 1987)、分析データから男性 15 名を削除した。したがって、947 名 (1 名、資格「その他」と性別「男性」の重複があった) のデータが分析に供された。

2) 質問紙の内容

バーンアウトの測定

バーンアウトを測定するための尺度として、田尾 (1989) を改訂したものをを用いた。表 4-1 に、調査に用いた 20 項目を示した。この尺度は、MBI (Maslach & Jackson, 1981) を翻訳し、わが国のヒューマン・サービスの現場に適合するよう項目を削除、追加したものである。

2 章で論じたように、MBI はバーンアウトを測定するための尺度として、英語圏を中心に数多くの研究者に用いられている。しかし、そのままの形で翻訳すると、日本語として不適切な項目 (たとえば、「私は朝起きた時に疲労を感じ、その日の仕事を他の日にまわさなければならない」など) や明らかな拒否反応をうけるような項目 (たとえば、「私は自分がクライアントをあたかも彼らが人格を持たない“もの”であるかのように扱っていると感じている」など) があり、わが国のヒューマン・サービス従事者が回答しやすいように変更を加える必要があると判断した。また、これらの項目を用いた研究結果 (田尾, 1987; 田尾, 1989) をもとに、今回の研究では、新たに項目の追加、削除をおこなった。

表 4-1 バーンアウト尺度

-
- 1 こんな仕事、もうやめたいと思うことがある
 - 2 我を忘れるほど仕事に熱中することがある。
 - 3 細々と気配りすることが面倒に感じることもある。
 - 4 この仕事は私の性分に合っていると思うことがある。
 - 5 同僚や患者の顔を見るのも嫌になることがある。
 - 6 同僚よりも働き過ぎていると思うことがある。
 - 7 自分の仕事がつまらなく思えて仕方のないことがある。
 - 8 1日の仕事が終わると「やっと終わった」と感じることもある。
 - 9 同僚や患者の気持ちを思いやるのが苦手に感じることもある。
 - 10 出勤前、職場に出るのが嫌になって、家にいたいと思うことがある。
 - 11 仕事を、何もかも途中で投げ出したくなることもある。
 - 12 仕事を終えて、今日は気持ちのよい日だったと思うことがある。
 - 13 同僚や患者と、何も話したくなくなることもある。
 - 14 仕事の結果はどうでもよいと思うことがある。
 - 15 仕事のために心にゆとりがなくなったとを感じることもある。
 - 16 今の仕事に、心から喜びを感じることもある。
 - 17 今の仕事は、私にとってあまり意味がないと思うことがある。
 - 18 仕事が楽しくて、知らないうちに時間がすぎることもある。
 - 19 体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある。
 - 20 我ながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある。
-

なお、回答は、各項目のような事柄が最近6ヶ月位の間で、どの程度の頻度で起こったかを、5件法で答えさせた。

ストレスの測定

看護婦のストレスを引き起こす環境要因を測定するための尺度として、Gray-Toft & Anderson (1981) による the Nursing Stress scale を改訂したものを用いた。表 4-2 に、調査に用いた 36 項目を示した。

表 4-2 ストレッサ尺度

医者に関わる項目	
1	医者から批判されることがある。
8	医者との間で考え方が食い違うことがある。
12	臨終（危篤）、緊急時に、医者がいないことがある。
16	患者の症状について、医者が十分な情報を与えてくれないことがある。
18	医者がいない時に、患者についての判断（与薬など）を下せないことがある。
23	医者から、その患者にとって不適当な処置をするように命じられることがある。
同僚・上司に関わる項目	
4	上司と考え方が食い違うことがある。
6	他の病棟のナースと自分の病棟の問題について、オープンに話せないことがある。
10	同じ病棟のナースと、体験や感情を共有できないことがある。
13	ナースの間で患者のケアについての意見が食い違うことがある。
15	患者に対する不満を同じ病棟のナースに打ち明けられないことがある。
21	上司から批判されることがある。
26	病棟と一緒に働きたくないナースがいることがある。
29	同じ病棟に指導してくれるナースがいないことがある。
30	協力的でないスタッフと一緒に働くことがある。
32	上司が自分の気持ちを理解してくれないことがある。
33	上司の対応が遅いことがある。
ケアに関わる項目	
2	患者に苦痛を感じさせるような処置をしなければならないことがある。
3	末期の患者をケアする際に無力感を感じることもある。
5	患者やその家族と、患者自身の死について話さなければならないことがある。
7	患者の死を看取ることがある。
9	患者へのケアに際して、ミスしないかと恐れを感じることもある。
11	親しくしていた患者が死ぬことがある。
14	十分に患者の家族の気持ちの支えになってやれないと感
17	患者の症状について、わからない質問を患者やその家族から尋ねられることがある。
19	患者が苦しんでいるのを見ることもある。
20	患者の気持ちの支えになってやれないと感

表 4-2 ストレッサ尺度 (continued)

25	患者のそばに十分にいられないことがある
31	要求が多い、気むずかしい患者をケアすることがある。
35	患者の苦しみにに対して、自分の感性がマヒしていると感じることがある。
職場環境に関わる項目	
22	予想外の配置転換や仕事の割当をうけることがある。
24	事務仕事のような看護以外の仕事をしなければならないことがある。
27	特殊な器具の操作や機能がはっきりとわからないことがある
28	同じ病棟に十分な人手がないことがある。
34	超過勤務が多いことがある。
36	看護について勉強できないことがある。

この尺度（以下、ストレッサ尺度）は、the Nursing Stress scale を翻訳し、わが国のヒューマン・サービスの現場に適合するよう項目を削除、追加したものである。これらの項目は、ケアや医者、同僚などとの人間関係など、看護婦の日常業務に関わる環境要因によって構成されている。病院という組織に由来し、また、看護婦という職業に固有のストレッサである。この尺度により、バーンアウトがストレスの結果生じるストレンであるという仮説を検証する。なお、回答は、各項目のような事柄が最近 6 ヶ月位の間で、どの程度の頻度で起こったかを、5 件法で答えさせた。

心身症状の測定

ストレスの結果生じるストレンは、バーンアウトだけではない。従来のストレス研究では、さまざまな心理的、身体的な症状（以下、心身症状）がストレンとして生じることが知られている。バーンアウトがストレスの結果生じるストレンであるとすれば、他のストレンとも関連しているはずである。そこで、本研究では、現場の看護婦が実際に経験する心身症状について回答を求めた。産業衛生学会が作成している項目をもとに、心身症状として、表

4-3 に示した 18 の項目をリストアップした。回答者には、18 項目の中から、最近 6 ヶ月の間に経験した心身症状すべてを選択させた

表 4-3 心身症状 18 項目

1	手足がだるい。
2	目が疲れる。
3	口がかわく。
4	いらいらする。
5	肩や頤がこる。
6	眠れない、眠りが浅い。
7	考えがまとまらない。
8	頭が重い。
9	気持ちが落ち着かない。
10	ミスやエラーが多くなる。
11	根気がなくなる。
12	ちょっとしたことが気に障る。
13	全身がだるい。
14	気が散りやすい。
15	物忘れが多くなる。
16	いつも心配事がある。
17	頭が痛い。
18	生あくびが出る。

個人属性

質問紙では、以下の 6 つの個人属性について回答を求めた。

- 1. 資格：正看護婦、准看護婦、その他のうち該当するもの 1 つを選択。
- 2. 性別
- 3. 地位：婦長、主任、スタッフのうち該当するもの 1 つを選択。
- 4. 部署：外来、内科系病棟、外科系病棟、精神科病棟、手術室、ICU/CCU、その他のうち該当するもの 1 つを選択

- 5. 年齢
- 6. 勤務年数

結果と考察

1) バーンアウト尺度の因子妥当性

バーンアウト尺度 20 項目は、Maslach & Jackson (1981) と同様に、主成分法により因子を抽出し、その後バリマックス回転をおこなった。固有値 1 以上の基準で因子を抽出した結果、3 因子解が得られた。この 3 因子に対してバリマックス回転をおこなったところ、項目 6、項目 9、項目 11 の 3 項目は、どの因子にも高い負荷（因子負荷量.5 以上を基準として選択）をもたなかったため分析から除外して、あらためて 17 項目で主成分法による因子分析をおこなった。固有値 1 以上の基準で因子を抽出した結果、ふたたび 3 因子解を得た。これをバリマックス回転して得た因子負荷行列を表 4-4 に示した。なお、回転後の 3 因子による累積寄与率は 54.8%であった。以下、各因子に対する負荷量が.5 以上の項目を負荷が高い項目として、それぞれの因子の意味について考察する。

表 4-4 バーンアウト尺度の因子負荷量

	I	II	III
13 同僚や患者と、何も話したくなくなることがある。	0.745	-0.082	0.232
5 同僚や患者の顔を見るのも嫌になることがある。	0.730	-0.049	0.214
7 自分の仕事がつまらなく思えて仕方がないことがある。	0.701	-0.151	0.262
14 仕事の結果はどうでもよいと思うことがある。	0.683	-0.034	0.067
17 今の仕事は、私にとってあまり意味がないと思うことがある。	0.660	-0.186	0.213
3 細々と気配りすることが面倒に感じることがある。	0.629	-0.017	0.313
16 今の仕事に、心から喜びを感じることはある。	-0.216	0.761	-0.118
18 仕事が楽しくて、知らないうちに時間が過ぎることがある。	-0.064	0.737	-0.207
12 仕事を終えて、今日は気持ちのよい日だったと思うことがある。	-0.079	0.664	-0.190
2 我を忘れるほど仕事に熱中することがある。	-0.029	0.650	0.126
20 我ながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある。	0.067	0.642	0.065
4 この仕事は私の性分に合っていると思うことがある。	-0.215	0.628	-0.125
8 1日の仕事が終わると「やっと終わった」と感じることはある。	0.101	-0.024	0.784
19 体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある。	0.284	-0.041	0.756
15 仕事のために心にゆとりがなくなっただと感ずることがある。	0.318	-0.081	0.667
1 こんな仕事、もうやめたいと思うことがある。	0.460	-0.163	0.621
10 出勤前、職場に出るのが嫌になって、家にいたいと思うことがある。	0.429	-0.177	0.571

※ 項目 6、項目 9、項目 11 は分析から除外

第1因子では、「同僚や患者と、何も話したくなくなることがある。」、「同僚や患者の顔を見るのも嫌になることがある。」、「自分の仕事がつまらなく思えて仕方がないことがある。」、「仕事の結果はどうでもよいと思うことがある。」、「今の仕事は、私にとってあまり意味がないと思うことがある」、「細々と気配りすることが面倒に感じることもある。」の6項目の負荷が高い。これらは、クライアントとの関係を含む職場の対人関係やヒューマン・サービスという職業に対するネガティブな感情や行動傾向に関わる項目である。MBIに準拠すれば、第1因子は脱人格化の因子に対応すると考えられる。なお、この因子の寄与率は21.2%であった。

第2因子では「今の仕事に、心から喜びを感じることもある。」、「仕事が好きで、知らないうちに時間が過ぎることがある」、「仕事を終えて、今日は気持ちのよい日だったと思うことがある。」、「我を忘れるほど仕事に熱中することがある。」、「我ながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある。」、「この仕事は私の性分に合っていると思うことがある。」の6項目の負荷が高い。これらは、仕事における達成感、充実感に関わる項目である。MBIに準拠すれば、第2因子は個人的達成感の因子に対応すると考えられる。なお、この因子の寄与率は17.1%であった。

第3因子では、「一日の仕事が終わると、やっと終わったと感じることがある。」、「体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある。」、「仕事のために心にゆとりがなくなったと感じることがある。」、「こんな仕事、もうやめたいと思うことがある。」、「出勤前、職場に出るのが嫌になって、家にいたいと思うことがある。」の5項目の負荷が高い。これらは、日々累積していく疲労感、虚脱感に関わる項目である。MBIに準拠すれば、第3因子は情緒的消耗感の因子に対応すると考えられる。なお、この因子の寄与率は16.5%であった。

バーンアウト尺度の因子分析の結果、MBIの3つの下位尺度に相当する因子が得られた。因子妥当性という観点からすれば、今回用いたバーンアウト尺度は従来の研究結果に斉合しており、「脱人格化」、「個人的達成感」、「情緒的消耗感」という3因子を下位尺度として設定した場合の妥当性は高いと考

えられる。そこで、以下の分析では、因子負荷量が.5以上の項目を加算し項目数で割った値をそれぞれの下位尺度 — 「脱人格化」、「個人的達成感」、「情緒的消耗感」 — の得点とした。

2) バーンアウトの概念妥当性

バーンアウトがストレスの結果生じるストレンであるとするれば、他のストレンとも関連しているはずである。そこで、バーンアウトをストレンとして位置づけることの妥当性を検証するために、バーンアウト得点と心身症状の得点との関連を調べた。

まず、心身症状 18 項目相互の Phi 係数を算出した。そして、 18×18 の Phi 係数行列を構成して、この行列をもとに主成分法による因子分析をおこなった。固有値 1 以上の基準で因子を抽出した結果、4 因子解を得た。この 4 因子に対してバリマックス回転をおこなったところ、項目 3、項目 4、項目 5、項目 18 の 4 項目は、どの因子にも高い負荷（因子負荷量.5以上を基準として選択）をもたなかったため分析から除外して、あらためて 14 項目で主成分法による因子分析をおこなった。固有値 1 以上の基準で因子を抽出した結果、ふたたび 4 因子解を得た。これをバリマックス回転して得た因子負荷行列を表 4-5 に示した。なお、回転後の 4 因子による累積寄与率は 52.5%であった。以下、各因子に対する負荷量が.5以上の項目を負荷が高い項目として、それぞれの因子の意味について考察する。

表 4-5 心身症状の因子負荷量

	I	II	III	IV
15 物忘れが多くなる。	0.710	-0.133	0.112	0.005
14 気が散りやすい。	0.639	0.296	0.096	0.056
7 考えがまとまらない。	0.636	0.208	0.072	0.063
11 根気がなくなる。	0.610	0.133	0.071	0.194
10 ミスやエラーが多くなる。	0.650	0.181	0.036	0.072
16 いつも心配事がある。	0.197	0.699	0.078	-0.048
12 ちょっとしたことが気に障る。	0.172	0.621	0.019	0.097
6 眠れない、眠りが浅い。	-0.064	0.589	0.100	0.225
9 気持ちが落ち着かない。	0.363	0.577	0.121	0.048
17 頭が痛い。	0.111	0.059	0.811	0.011
8 頭が重い。	0.208	0.125	0.774	0.121
2 目が疲れる。	0.002	0.072	0.599	0.216
1 手足がだるい。	0.111	0.068	0.202	0.804
13 全身がだるい。	0.170	0.166	0.118	0.792

※ 項目 3、項目 4、項目 5、項目 18 は分析から除外。

第 1 因子では、「物忘れが多くなる」、「気が散りやすい」、「考えがまとまらない」、「根気がなくなる」、「ミスやエラーが多くなる」の 5 項目の負荷が高い。これらは、注意力、集中力に関わる項目である。労働衛生の分野で一般的に用いられている言葉に準拠すれば、第 1 因子は「注意・集中困難」の因子であると考えられる。なお、この因子の寄与率は 16.8%であった。

第 2 因子では、「いつも心配事がある」、「ちょっとしたことが気に障る」、「眠れない、眠りが浅い」、「気持ちが落ち着かない」の 4 項目の負荷が高い。これらは、不安感、焦燥感に関わる項目である。そこで、第 3 因子を「不安感・焦燥感」の因子とした。なお、この因子の寄与率は 12.9%であった。

第 3 因子では、「頭が痛い」、「頭が重い」、「目が疲れる」の 3 項目の負荷が高い。これらは、身体の一部への違和感、自覚症状に関わる項目である。労働衛生の分野で一般的に用いられている言葉に準拠すれば、第 2 因子は「身

体的違和感」の因子であると考えられる。なお、この因子の寄与率は 12.4%であった。

第 4 因子では、「手足がだるい」、「全身がだるい」の 2 項目の負荷が高い。これらは、身体の疲労感に関わる項目である。労働衛生の分野で一般的に用いられている言葉に準拠すれば、第 4 因子は「一般疲労」の因子であると考えられる。なお、この因子の寄与率は 10.4%であった。

心身症状の因子分析の結果、上に述べた 4 つの因子が得られた。4 因子のうち 3 因子は、労働衛生の分野では、ストレンとして一般的に認められている症状である。また、「不安感・焦燥感」とストレスとの関連についても多くの研究で議論されている（河野, 1987 など）。そこで、以下の分析では、それぞれの因子を心身症状の下位尺度として設定し、因子負荷量が.5 以上の項目を加算し項目数で割った値をそれぞれの下位尺度 — 「注意・集中困難」、「不安感・焦燥感」、「身体的違和感」、「一般疲労」 — の得点とした。

バーンアウトと心身症状との関連を調べる目的で、両者の間の相関係数を求めた。表 4-6 にその値を示す。心身症状との関連が最も高いのは、情緒的消耗感である。特に、不安感・焦燥感、一般疲労との関連が高い。次に心身症状との関連が認められるのが脱人格化である。ただし、特に高い相関係数は得られていない。さらに、個人的達成感に至っては、心身症状との間にあまり関連性は認められなかった。

表 4-6 バーンアウトと心身症状の相関係数

	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感
注意・集中困難	0.232	0.182	-0.128
不安感・焦燥感	0.345	0.269	-0.105
身体的違和感	0.182	0.084	-0.071
一般疲労	0.320	0.147	-0.059

バーンアウトと心身症状との相関係数の値を見る限り、情緒的消耗感以外の下位尺度には、あまり関連性が認められなかった。バーンアウトも、心身症状と同様に、累積したストレスが原因となって生じる症状であるとするれば、両者の間に何らかの関連性が認められるはずである。この意味で、バーンアウトの下位尺度のうち、情緒的消耗感においてのみ、バーンアウトがストレンであるとする仮定と斉合する結果が得られたと言えよう。

3) ストレッサとバーンアウトとの因果関係

バーンアウトがストレスの結果生じるストレンであるという仮説を検証する目的で、看護婦が日常経験するストレッサとバーンアウトとの関連を調べた。

まず、ストレッサ尺度 36 項目を、医者に関わる項目（6 項目）、同僚・上司に関わる項目（11 項目）、ケアに関わる項目（13 項目）、そして、職場環境に関わる項目（6 項目）の 4 つのカテゴリーに分類し、各カテゴリー毎に因子分析をおこなった。因子の抽出にあたっては、すべて主成分法を用い、固有値 1 以上の因子を選択した。

医者に関わる 6 項目では、主成分法により因子を抽出した（固有値 1 以上の因子を選択）結果、1 因子解が得られた。ここで、項目 18 は、この因子に対して高い負荷（因子負荷量.5 以上を基準として選択）をもたなかったため分析から除外して、あらためて 5 項目で主成分法による因子分析をおこなった。固有値 1 以上の基準で因子を抽出した結果、ふたたび 1 因子解を得た。この因子負荷行列を表 4-7 に示した。なお、この因子の寄与率は 48.0%であった。

表 4-7 ストレッサ尺度の因子負荷量

医者に関わる項目		I		
8	医者との間で考え方が食い違うことがある。	0.780		
23	医者から、その患者にとって不適當な処置をするように命じられることがある。	0.772		
16	患者の症状について、医者が十分な情報を与えてくれないことがある。	0.700		
12	臨終（危篤）、緊急時に、医者がいなかったことがある。	0.618		
1	医者から批判されることがある。	0.559		
同僚・上司に関わる項目		I	II	III
32	上司が自分の気持ちを理解してくれないことがある。	0.823	0.309	0.093
21	上司から批判されることがある。	0.729	-0.072	0.142
4	上司と考え方が食い違うことがある。	0.708	0.287	0.177
33	上司の対応が遅いことがある。	0.690	0.380	0.054
30	協力的でないスタッフと一緒に働くことがある。	0.176	0.850	0.153
26	病棟と一緒に働きたくないナースがいることがある。	0.154	0.805	0.100
29	同じ病棟に指導してくれるナースがいなかったことがある。	0.332	0.542	0.211
6	他の病棟のナースと自分の病棟の問題について、オープンに話せないことがある。	0.108	-0.007	0.798
15	患者に対する不満を同じ病棟のナースに打ち明けられないことがある。	0.148	0.174	0.748
10	同じ病棟のナースと、体験や感情を共有できないことがある。	0.104	0.399	0.603

表 4-7 ストレッサ尺度の因子負荷量 (continued)

ケアに関わる項目	I	II
20 患者の気持ちの支えになってやれないと 感じることもある。	0.783	0.159
14 十分に患者の家族の気持ちの支えになっ てやれないと感じることもある。	0.735	0.075
9 患者へのケアに際して、ミスしないかと 恐れを感じることもある。	0.644	0.006
35 患者の苦しみにに対して、自分の感性が マヒしていると感じることがある。	0.597	0.146
25 患者のそばに十分にいられないことがあ る。	0.593	0.258
19 患者が苦しんでいるのを見ることがある。	0.585	0.416
17 患者の症状について、わからない質問を 患者やその家族から尋ねられることがあ る。	0.582	0.143
31 要求が多い、気むずかしい患者をケアす ることがある。	0.536	0.307
2 患者に苦痛を感じさせるような処置をし なければならないことがある。	0.529	0.207
7 患者の死を看取ることがある。	0.173	0.819
11 親しくしていた患者が死ぬことがある。	0.177	0.791
5 患者やその家族と、患者自身の死につい て話さなければならないことがある。	0.139	0.783
職場環境に関わる項目	I	II
24 事務仕事のような看護以外の仕事をしな なければならないことがある。	0.774	-0.197
34 超過勤務が多いことがある。	0.641	0.387
28 同じ病棟に十分な人手がないことがある。	0.636	0.412
27 特殊な器具の操作や機能がはっきりとわ からないことがある。	-0.075	0.838
36 看護について勉強できないことがある。	0.291	0.625

※ 項目 3、項目 13、項目 18、項目 22 は分析から除外

この因子では、「医者から、その患者にとって不適切な処置をするように命じられることがある」、「医者との間で考え方が食い違うことがある」、「患者の症状について、医者が十分な情報を与えてくれないことがある」、「臨終（危篤）、緊急時に、医者がいないことがある」、「医者から批判されることがある」の5つが負荷量が.5以上の項目であった

3章でも述べたように、看護婦は、ケアのプロフェッショナルでありながら、医者の医療行為の補助者として認知される場合が多く、ひたすら医者に従属するという立場を強いられることが多い。何か問題が起きても、自らの裁量で処置できず、肝心のところは必ず医者の判断を仰ぎ、その指示に従わなければならない。また、医者の指示であれば、意に反する仕事もこなさなければならない。自律性が奪われるなど、医者との関係は、看護婦にとって大きなストレスとなりうる。負荷の高かった項目は、医者との間のコミュニケーションがうまくいっていないことや医者に対するネガティブな感情など、医者との葛藤に関わるものである。そこで、この因子を「医者との葛藤」の因子とした。

同僚・上司に関わる11項目では、主成分法により因子を抽出した（固有値1以上の因子を選択）結果、3因子解が得られた。この3因子に対してバリマックス回転をおこなったところ、項目13は、どの因子にも高い負荷（因子負荷量.5以上を基準として選択）をもたなかったため分析から除外して、あらためて10項目で主成分法による因子分析をおこなった。固有値1以上の基準で因子を抽出した結果、ふたたび3因子解を得た。これをバリマックス回転して得た因子負荷行列を表4-7に示した。なお、回転後の3因子による累積寄与率は63.0%であった。以下、各因子に対する負荷量が.5以上の項目を負荷が高い項目として、それぞれの因子の意味について考察する。

第1因子では、「上司が自分の気持ちを理解してくれないことがある」、「上司から批判されることがある」、「上司と考え方が食い違うことがある」、「上司の対応が遅いことがある」の4項目の負荷が高い。これらは、上司との間のコミュニケーションがうまくいっていないことや上司に対するネガティブな感情など、上司との葛藤に関わる項目である。そこで、この因子を「上

司との葛藤」の因子とした。なお、この因子の寄与率は 24.0%であった。

第 2 因子では、「協力的でないスタッフと一緒に働くことがある」、「病棟と一緒に働きたくないナースがいる」、「同じ病棟に指導してくれるナースがいないことがある」の 3 項目の負荷が高い。これらは、同僚に対するネガティブな感情など、同僚との葛藤に関わる項目である。そこで、この因子を「同僚との葛藤」の因子とした。なお、この因子の寄与率は 22.0%であった。

第 3 因子では、「他の病棟のナースと自分の病棟の問題についてオープンに話せないことがある」、「患者に対する不満を、同じ病棟のナースに打ち明けられないことがある」、「同じ病棟のナースと、体験や感情を共有できないことがある」の 3 項目の負荷が高い。これらは、同僚との間のコミュニケーションがうまくいっていないなど、同僚とのコミュニケーションに関わる項目である。そこで、この因子を「同僚からの疎外感」の因子とした。なお、この因子の寄与率は 17.0%であった。

3 章で述べたように、職場での人間関係は、時として、満足や安心感を与えてくれる要因であり、モチベーションを強化するための要因になりえるが、他方、それは強力なストレスアとして作用することもある。とくに、ヒューマン・サービス従事者は、職務として、クライアントとの人間関係を良好に保つことが求められていると同時に、同僚や上司など職場の人間関係もこなしていかなければならない。職場での人間関係が良好でないと、Lachman & Diamant (1987) の表現を借りれば、「二重の責め苦を背負う」ことになり、大きなストレスアとなる可能性がある。今回の研究では、職場の人間関係に帰因するストレスアとして、3 つの因子が抽出されたことになる。

ケアに関わる 13 項目では、主成分法により因子を抽出した（固有値 1 以上の因子を選択）結果、2 因子解が得られた。この 2 因子に対してバリマックス回転をおこなったところ、項目 3 は、どの因子にも高い負荷（因子負荷量.5 以上を基準として選択）をもたなかったため分析から除外して、あらためて 12 項目で主成分法による因子分析をおこなった。固有値 1 以上の基準で因子を抽出した結果、ふたたび 2 因子解を得た。これをバリマックス回転

して得た因子負荷行列を表 4-7 に示した。なお、回転後 2 因子による累積寄与率は 50.0%であった。以下、各因子に対する負荷量が.5 以上の項目を負荷が高い項目として、それぞれの因子の意味について考察する。

第 1 因子では、「患者の気持ちの支えになってやれないと感ずることがある」、「十分に患者の家族の気持ちの支えになってやれないと感ずることがある」、「患者へのケアに際して、ミスしないかと恐れを感ずることがある」、「患者の苦しみに対して、自分の感性がマヒしていると感ずることがある」、「患者のそばに十分いられないことがある」、「患者の症状についてわからない質問を患者やその家族から尋ねられることがある」、「患者が苦しんでいるのを見るがある」、「要求が多い、気むずかしい患者をケアすることがある」、「患者に苦痛を感じさせるような処置をしなければならないことがある」の 9 項目の負荷が高い。

言うまでもなく看護婦の主たる仕事は患者のケアである。したがって、患者との関係、とくに十分なケアを提供できなかった苦しみや戸惑いは、看護婦にとっての本質的なストレスである。また、他人をケアするという仕事には、これでよいという基準がなく、常に不安全感がつきまとう。3 章で言及した、役割ストレスを感じざるをえない。そこで、この因子を「ケアの不安全感」の因子とした。なお、この因子の寄与率は 30.0%であった。

第 2 因子では、「患者の死を看取ることがある」、「患者やその家族と、患者自身の死について話さなければならないことがある」、「親しくしていた患者が死ぬことがある」の 3 項目の負荷が高い。これらは、患者との関係で、とくに患者の死の体験に関する項目である。「ケアにおける不安全感」とは独立の因子として抽出されたことは示唆的である。患者の死と向かい合うことが通常の看護業務とは異質の体験であり、異なる苦痛であることを示唆している。そこで、この因子を「患者の死体験」の因子とした。なお、この因子の寄与率は 20.0%であった。

職場環境に関わる 6 項目では、主成分法により因子を抽出した（固有値 1 以上の因子を選択）結果、2 因子解が得られた。この 2 因子に対してバリマックス回転をおこなったところ、項目 22 は、どの因子にも高い負荷（因子

負荷量.5以上を基準として選択)をもたなかったため分析から除外して、あらためて5項目で主成分法による因子分析をおこなった。固有値1以上の基準で因子を抽出した結果、ふたたび2因子解を得た。これをバリマックス回転して得た因子負荷行列を表4-7に示した。なお、回転後2因子による累積寄与率は60.0%であった。以下、各因子に対する負荷量が.5以上の項目を負荷が高い項目として、それぞれの因子の意味について考察する

第1因子では、「事務仕事のような看護以外の仕事をしなければならないようなことがある」、「同じ病棟に十分な人手がないことがある」、「超過勤務が多いことがある」の3項目の負荷が高い。これらは、看護婦の仕事が、人手不足などさまざまな理由で労働過多であることを示す項目である。

過重な仕事の負担は、最も代表的なストレスである。特に、ヒューマン・サービスの現場では、クライアントとのあわただしい、ゆとりのない関係が日常化し、従事者は過度な負担を強いられている。病院もその例外ではない。そこで、この因子を「過重負担」の因子とした。なお、この因子の寄与率は30.0%であった。

第2因子では、「特殊な器具の操作や機能がはっきりわからないことがある」、「看護について勉強できないことがある」の2項目の負荷が高い。これらは、看護婦の作業環境が複雑になり、それに対応していくための十分な教育環境が整っていないことを示す項目である。日々の仕事に追われて、新しい知識や技能を修得するための機会や余裕がないという側面もある。この意味で、第1因子の「過重負担」とも関連している。そこで、この因子を「教育環境の不備」の因子とした。なお、この因子の寄与率は30.0%であった。

以上、因子分析の結果、看護婦が日常経験するストレスとして、全部で8因子が抽出された。そこで、以下の分析では、それぞれの因子をストレスの下位尺度として設定し、因子負荷量が.5以上の項目を加算し項目数で割った値をそれぞれの下位尺度 — 「医者との葛藤」、「上司との葛藤」、「同僚への不信感」、「同僚からの疎外感」、「ケアの不全感」、「患者の死体験」、「過重負担」、「教育環境の不備」 — の得点とした

バーンアウトがストレスの結果生じるストレンであるという仮説を検証する目的で、バーンアウト得点を目的変数、ストレッサ得点を説明変数として、SAS (Statistical Analysis System) の RSQUARE プロシジャにより重回帰分析をおこなった。このプロシジャは、目的変数を予測する「最良」の説明変数の組み合わせを見つけるための手法である。このプロシジャでの「最良」の組み合わせとは、投入された説明変数すべての組み合わせのうち、最も重相関係数 (R^2) が高くなる変数の組み合わせのことである。投入する説明変数の個数により（今回の場合、説明変数を 1 つだけ投入したモデルから 8 つの説明変数すべてを投入したモデルまで 8 通りの場合が考えられる）、1 つずつ最良の組み合わせが決定されることになる。また、投入される説明変数の個数が多いほど、 R^2 の値は大きくなるが、今回の分析では、AIC（赤池の情報量基準）（Akaike, 1969）が最大となる説明変数の個数を、最も説明力の高いモデルとして選択した。

表 4-8 の列に目的変数であるバーンアウトの 3 つの下位尺度、行に説明変数であるストレッサの 8 つの下位尺度を示した。表中の数字は、列の目的変数に対する各説明変数の標準偏回帰係数である。

表 4-8 バーンアウトとストレスの標準偏回帰係数

	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感
医者との葛藤	*	*	0.112
上司との葛藤	0.134	0.152	*
同僚との葛藤	0.086	0.118	-0.047
同僚からの疎外感	*	0.219	*
ケアの不全感	0.480	0.200	-0.102
患者の死体験	-0.057	*	0.107
過重負担	0.180	*	*
教育環境の不備	0.096	0.088	-0.083
AIC	-528.3	-742.7	-607.5
重相関係数	0.366	0.326	0.040

※ *は投入されなかった説明変数。

情緒的消耗感では、上司との葛藤、同僚との葛藤、ケアの不全感、患者の死体験、過重負担、教育環境の不備の6つの説明変数の組み合わせが、最も説明力の高いモデルとして選択された。重相関係数は、.366であった。脱人格化では、上司との葛藤、同僚への不信感、同僚からの疎外感、ケアの不全感、教育環境の不備の5つの説明変数の組み合わせが、最も説明力の高いモデルとして選択された。重相関係数は、.326であった。個人的達成感では、医者との葛藤、同僚との葛藤、ケアの不全感、患者の死体験、教育環境の不備の5つの説明変数の組み合わせが、最も説明力の高いモデルとして選択された。重相関係数は、.04であった。

この結果で、最も興味深い点は、個人的達成感を目的変数とした時の重相関係数が、.04と大変低いことである。本研究で用いたストレス尺度では、個人的達成感のばらつきのうち4%の部分しか説明できていないことになる。もちろん、今回のストレス尺度が、看護婦が日常経験するストレスのすべてを測定しきれなかった可能性は十分に考えられるが、バーンアウトの他の2つの下位尺度の結果と比べると、個人的達成感の後退における説明率の

低さは際立っている。したがって、この説明率の低さは、個人的達成感の後退をもたらす主たる要因が、ストレッサ以外のものである可能性を示唆している。

バーンアウトとストレスとの関係を検証した研究は数多くあるが、個人的達成感の後退とストレスとの関係を見出せなかった研究も少なくない (Brookings, Bolton, Brown, & McEvoy, 1985; Constable & Russell, 1986; Friesen & Sarros, 1989; Jackson, Schwab & Schuler, 1986; Jackson, Turner, & Brieb, 1987; Landsbergis, 1988; Russell, Altmaier, & Velzen, 1987; 田尾, 1987; 田尾, 1989)。これらの研究結果と本研究の結果を考え合わせると、個人的達成感の後退という側面に限って言えば、ストレッサからストレスが生じ、それらが累積してバーンアウトにいたるという従来の因果の図式には疑問の余地があると言えよう。

次に、各目的変数毎に重回帰分析の結果を検討する。まず、情緒的消耗感では、標準偏回帰係数の高い順に、ケアの不全感、過重負担、上司との葛藤、教育環境の不備、同僚への不信感、患者の死体験の6つの説明変数が選択された。特にケアの不全感は、非常に高い標準偏回帰係数を示した。言うまでもなく、患者のケアは看護婦の仕事の中核であり、時間の大部分は、この仕事に費やされる。したがって、患者のケアをめぐるストレッサは、他のものよりも、頻繁で、深刻なものとなりやすい。実際、ケアの不全感は、バーンアウトの他の2つの下位尺度においても説明変数として選択されている。

ケアの不全感の次に、情緒的消耗感の主たる要因になっているのが、過重負担である。物理的な忙しさは、心身ともに人を疲弊させるものである。この意味で、過重負担は、看護婦に限らず、どの職場でも認められる一般的なストレッサであり、言い方は悪いが、最もありふれたストレス要因である。ただ、今回の結果で注目すべき点は、一般的なストレス要因である過重負担が、情緒的消耗感以外の下位尺度では、説明変数として選択されなかったことである。慢性的な人手不足が問題となっている看護婦の場合、過重負担は大きなストレス要因として作用していることは想像に難くない。バーンアウトがストレスの結果生じるストレンであるとすれば、過重負担が引き起こし

ているストレスとバーンアウトの発症との間に何らかの関連が認められるはずである。脱人格化や個人的達成感の後退と過重負担との間の関連が認められなかったことは、バーンアウトの因果図式を考察する上で興味深い結果である。

脱人格化では、標準偏回帰係数の高い順に、同僚からの疎外感、ケアの不全感、上司との葛藤、同僚への不信感、教育環境の不備の5つの説明変数が選択された。脱人格化とは、クライアント（患者）との関係をはじめとして、職場内での対人関係全般に嫌気がさし、ある時は、そこから逃避し、ある時は、攻撃的な態度を示すといった、対人関係障害である。極端な場合、この障害が友人関係や家族関係といった私的な関係にまで及ぶこともある。今回の分析で選択された5つの説明変数のうち、同僚からの疎外感、上司との葛藤、同僚への不信感の3つは対人関係に起因するストレスである。この意味で、今回の結果は、脱人格化が対人関係と密接に関連していることを、データの面から支持したものといえよう。

個人的達成感では、標準偏回帰係数の高い順に、医者との葛藤、患者の死体験、ケアの不全感、教育環境の不備、同僚への不信感の5つの説明変数が選択された。ただし、個人的達成感とストレスとの因果モデル自体の説明率が低いので、個々のストレスと個人的達成感との関係性の程度については、他の2つの下位尺度と比べて、割引が必要であろう。

医者との葛藤というストレスは、個人的達成感においてのみ説明変数として選択され、しかも、個人的達成感とは正の関連が認められた。すなわち、医者との葛藤を頻繁に経験する看護婦ほど個人的達成感が高いのである。この結果は一見逆のように思えるが、大変興味深い結果である。ストレスと言う観点からすれば、医者との葛藤は、看護婦にとっては「上位者」との葛藤であり、軽視できない対人関係ストレスを引き起こすと考えられる。興味深いのは、ここで引き起こされたストレスが個人的達成感の後退ではなく、むしろ、達成感の高揚につながっているという点である。

その理由としては、まず、先にも述べたが、個人的達成感の後退をストレスとして位置づけることに対する疑念があげられる。ストレスが累積した結

果、個人的達成感の後退が生じるとする、従来のバーンアウトの因果の図式を修正する必要があるのかもしれない。

また、個人的達成感と医者との葛藤との間に正の関連が見られたことの「積極的な」理由としては、医者と看護婦との関係性の問題が挙げられる。看護婦は、看護のプロフェッショナルよりも、医師の医療行為の補助者として認知されることが多く、ひたすら医師に従属するという立場を強いられることも少なくない。自律性の欠如という問題を常に抱えている職種でもある。このような状況の中で、看護婦としての達成感を得るためには、時として、医師とは意見を異にすることも必要である。医療と看護は、時として反対の立場を取りえる。終末患者の取り扱い、その端的な例であろう。看護のプロフェッショナルとしての仕事を完遂するためには、医者との葛藤は避けては通れない出来事であり、達成感の高い看護婦は大なり小なりこの種のストレスを抱えているとも考えられる。

さらに、看護婦の立場について興味深い示唆を与えてくれるのは、患者の死体験と個人的達成感との関係である。結果では、患者の死体験と個人的達成感との間に正の関連性が認められた。常識的に考えれば、患者の死は医療の失敗である。それゆえ、「患者の死を看取ること」や「親しくしていた患者が死ぬこと」を多く経験すればするほど、成功感や効力感は、結果とは逆に低下するはずである。では、なぜ常識とは正反対の結果が得られたのであろうか。

ある意味で、死は偶発的なものである。突然訪れることさえある。しかし、医療にたずさわるものは、死にたいして別の見方をもっているかもしれない。医療は、人間の生の営みを守る行為である。そのためには、生の必然性と死の必然性を見きわめ、知らねばならない。看護婦など医療にたずさわるものにとって、目の前の患者が、近い将来死を迎えるということは、彼ら個人のレベルを越えた、医療の必然なのである。やがて回復して退院していく患者、やがて死を迎える患者、この必然的なプロセスの終末まで、看護婦に等しく課せられた仕事は、看護することである。もちろん、回復に向かいつつある患者の看護にとまなう心身的消耗感と死にいく患者の看護にとまなうそれは、

比べものにならないかも知れない。しかし、患者の退院と同様に、患者の死も、看護の終わりを、仕事の完遂を意味するのであろう。そして、その間の仕事が、自分にとっても、患者やその家族にとっても満足のいくものであれば、それは、成功感、効力感へとつながっていくのではないか。このような看護婦特有の死生観が、この結果の背景となっているように推測できる。

4) 勤務年数、部署とバーンアウトとの関係

3章で述べたように、勤務年数や部署によりバーンアウト得点に違いが見られるとする報告がある (Fimian & Blanton, 1987; McCarthy, 1985; O'Driscoll & Schubert, 1988; Russell, Altmaier, & Velzen, 1987; Maslach & Pines, 1977; Dolan, 1987 など)。そこで、これらの属性とバーンアウトとの関連について検討した。

まず、勤務年数について、本研究では、今まで看護婦として働いてきた年数を答えてもらった。最小値は0年(1年未満)、最大値は45年、平均値は8.8年、標準偏差は7.8年であった。最も人数が多いカテゴリーは、「3年」で108人、次が「2年」の90人、「4年」の87人と続き、「10年」までに、全体の70%の人数が集中している。そこで、人数の少ないカテゴリーは、個人のデータの影響を強く受けやすいので、各カテゴリーに相当数の人数がいる「10年」までを区切りとし、勤務年数が「1年以下」から「10年」までの10年間の間で、バーンアウト得点に差が認められるかを検討した。

勤務年数を独立変数(10水準)、バーンアウトの3つの下位尺度それぞれを従属変数とした分散分析では、それぞれ、情緒的消耗感($F(9,650)=1.49$, n.s.)、脱人格化($F(9,646)<1$, n.s.)、個人的達成感($F(9,646)<1$, n.s.)という結果となり、有意な差が認められなかった。この結果の解釈として、まず、10年という単位では、バーンアウト得点に差が見られるには短すぎたという推測があげられる。そこで、勤務年数11年以上の者を含めた回答者全体で、バーンアウト得点と勤務年数の相関係数を求めたところ、それぞれ、情緒的消耗感($r=-.19$)、脱人格化($r=-.05$)、個人的達成感($r=.11$)とい

う結果となった。3 つの下位尺度の中では、情緒的消耗感との間の相関係数が最も高いが、それほど高い値ではない。したがって、従来言われてきたような、勤務年数とともにバーンアウト得点が低くなるといった負の相関関係は支持されなかった。

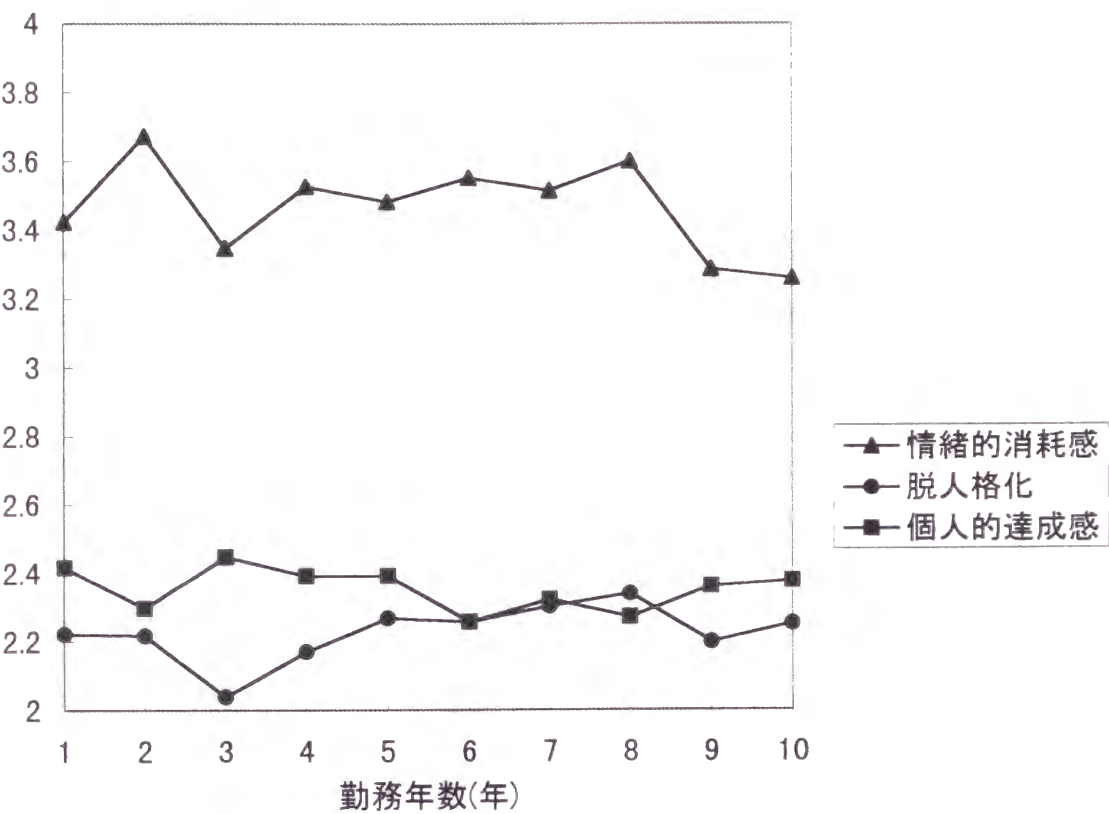


図 4-1 勤務年数によるバーンアウト得点の変化

図 4-1 は、勤務年数 10 年以下の回答者について、各年毎のバーンアウト得点の平均値を折れ線グラフで示したものである。本研究のデータは継時的なものではないので、厳密な意味では、各点を連続的な線で結ぶことは適当ではないが、得点の変化がわかりやすいという点で折れ線グラフを採用した。図 4-1 によると、バーンアウト得点と勤務年数との関連は、必ずしも単純な線形関係ではなく、看護婦のキャリアの進展にともない上下している。おそらく、看護婦のキャリアにおいても、いくつかの「節目」があり、その節目にしたがってバーンアウト得点も変化するものと推測される。また、そのよ

うな節目の1つとして、看護婦の現場でいわれている「3年目の壁」を示唆するようなバーンアウト得点の変化が認められる

図4-1によると、勤務年数「3年」のところで、バーンアウト得点に目立った変化がある。「2年」に比べると、「3年」では、情緒的消耗感と脱人格化では得点が落ち込み、個人的達成感では、得点が上昇している。すなわち、勤務年数が「2年」の看護婦に比べて、勤務年数が「3年」の看護婦では、バーンアウト得点が低くなっているのである。この差は、看護婦のキャリアの実態と考え合わせると興味深い。

看護婦の現場では、「3年目の壁」と言う言葉がよく聞かれる。この言葉は、3年目に看護婦を離職する人が目立って多いことに由来する。その理由として、さまざまなことが言われている。第一の理由は奨学金制度である。看護学校の時に奨学金を借りていた人は、3年間働くと、その返還義務が免除になる。そこで、返還義務がなくなった時点で、もう一度自分の将来について考えてみる人が多いというのである。

2つめの理由は看護業務への慣れである。看護婦になった最初の2年間は、仕事をおぼえるのに無我夢中であったのが、3年たつと看護婦として一通りの業務がこなせるようになる。そうになると、まわりを見渡す余裕ができ、いろいろなことが見え始めてくる。先輩の看護婦と数年後の自分を重ね合わせることもあり、看護婦としてのキャリアに対する懷疑をおぼえるのもこの時期である。また、上手に看護業務をこなし、上司や患者から信頼を受ける人と、そうでない人との差が顕著になってくる。この挫折感も「離職組」を生み出す原因となっている。

3番目の理由は、看護婦に限らず職業に就いている女性全般にあてはまる。看護婦としての勤務年数が3年を越える人と言え、若干のばらつきはあるが、年齢的に23から25のあたりである。実際、本研究では、勤務年数「3年」の看護婦の平均年齢は24.4歳であった。この年齢は、世間一般では、女性にとっての適齢期にあたり、結婚かキャリアかの選択に悩む時期でもある。看護婦も例外ではない。

看護婦の場合、これらの事情が相互に重なり合って、いわゆる「3年目の

壁」を形作っていると考えられる。したがって、勤務年数が「2 年」の看護婦と勤務年数が「3 年」の看護婦との間で、バーンアウトの程度に差があるのは、看護婦として3 年を越えて働き続けている人が、「3 年目の壁」を越えてきた人たちであるからではないかと考えられる。つまり、3 年目の段階で看護婦としての淘汰がおこなわれ、結果として、看護への意欲も能力も高い人たちの占める割合が増したためではないかと考えられる。さらに言えば、バーンアウト得点が看護婦という職業への意欲やモラルを反映していることをこの結果は示唆しているものと考えられる。あらためて言えば、このような淘汰を受けてきた人たちが、急速に仕事への意欲を失ってしまうという現象がバーンアウトであり、通常のアパシーなどとは違って、この「落差」が問題とされなければならない。

次に、所属している部署によりバーンアウト得点に違いが見られるかを検討した。本研究では、外来、内科系病棟、外科系病棟、精神科病棟、手術室、ICU/CCU、その他（主に放射線科などの「周辺の」部署）の7 つの選択肢のなかから所属する部署を選択してもらった。各部署の人数は、それぞれ外来 46 人、内科系病棟 352 人、外科系病棟 317 人、精神科病棟 11 人、手術室 18 人、ICU/CCU 38 人、その他 127 人であった。精神科病棟、手術室を選択した人数が他の部署に比べて少ないので、分析から除外し、外来、内科系病棟、外科系病棟、ICU/CCU、その他の5 つの部署の間で、バーンアウト得点に差が認められるかを検討した。

部署の違いを独立変数（5 水準）、バーンアウトの3 つの下位尺度それぞれを従属変数とした分散分析では、それぞれ、情緒的消耗感（ $F(4,837)=16.78$, $p<.05$ ）、脱人格化（ $F(4,835)=6.38$, $p<.05$ ）、個人的達成感（ $F(4,830)=3.45$, $p<.05$ ）という結果となり、すべての尺度で有意差が認められた。なお、表 4-9 に部署毎のバーンアウト得点の平均値と標準偏差を示した。

表 4-9 部署毎のバーンアウト得点の平均値

	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感
外 来	2.78 (1.03)	1.97 (.669)	2.61 (.779)
内科系病棟	3.48 (.893)	2.24 (.778)	2.36 (.657)
外科系病棟	3.53 (.794)	2.26 (.747)	2.39 (.696)
ICU/CCU	3.44 (.732)	2.25 (.678)	2.34 (.617)
その他	2.94 (.866)	1.90 (.654)	2.58 (.685)

※ ()内は標準偏差。

Tukey 法による下位検定（有意水準を 5%に設定）の結果、情緒的消耗感では、内科系病棟、外科系病棟、ICU/CCU の 3 つの部署に所属する看護婦は、外来、その他の 2 つの部署に所属する看護婦よりも有意に高い情緒的消耗感を経験していることが認められた。また、脱人格化では、内科系病棟、外科系病棟の 2 つの部署に所属する看護婦は、その他の部署に所属する看護婦よりも有意に高い脱人格化を経験していることが認められた。最後に、個人的達成感では、その他の部署に所属する看護婦は、内科系病棟に所属する看護婦よりも有意に高い個人的達成感を感じていることが認められた。

全般的な傾向として、病棟で勤務している看護婦の方が、外来などに所属している看護婦よりも、バーンアウト得点が高いことが統計学的に確かめられた。外来などの看護婦が接する患者は、いわば「その場限り」の患者であり、病棟のように継続的に接するわけではない。特定の患者と長期にわたって接触を続けることは、患者やその家族との葛藤を招来するだけでなく、治療をめぐる医者との葛藤など、看護に関わるさまざまな問題を生み出すことになる。

また、ICU/CCU で勤務している看護婦は、情緒的消耗感が高いが、脱人格化、個人的達成感の程度は外来などで勤務している看護婦などと差がない。ICU/CCU とは、いわゆる集中治療室のことで、生死の狭間にいる患者を担当する部署である。当然、切迫した状況での緊張した看護を強いられること

が多く、それが情緒的消耗感を引き起こしているのであろう。しかし、部署の性質上、特定の患者を長期にわたって受け入れることはなく、短い区切られた期間での看護が中心となる。この部署で働く看護婦に脱人格化があまり生じていない理由には、長期にわたる患者やその家族との接触が少ないという事情があるものと推測できる。逆に言えば、脱人格化は、仕事の切迫感や過重負担などから引き起こされるものではなく、特定の患者との長期にわたる接触に、その原因があるものと考えられる。すなわち、この結果は、同じバーンアウトの側面でも、情緒的消耗感と他の2つの側面（脱人格化、個人的達成感の後退）とは、その直接的な原因が異なる可能性を示唆している。

結 論

本研究では、以下の5つの点について、結果の分析、検討をおこなった。

1. バーンアウト尺度の因子妥当性
2. バーンアウトの概念妥当性
3. ストレッサとバーンアウトとの因果関係
4. 勤務年数、部署とバーンアウトの関係

まず、バーンアウト尺度の因子妥当性については、今回用いた尺度のもとになっているMBIと同じ3因子構造——情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感——に相当する因子構造が得られたことにより、概ね支持されたと考えられる。したがって、のちの分析では、「情緒的消耗感」、「脱人格化」、「個人的達成感」、という3因子を下位尺度として設定し、分析に供した。

バーンアウトをストレスの結果生じるストレンであると定義することの妥当性を検証する目的で、従来のストレス研究で、ストレンとして位置づけられている心身症状とバーンアウト得点との関連を調べた。分析の結果、情緒的消耗感以外の下位尺度では、心身症状との関連性は認められなかった。バーンアウトがストレンであるとすれば、その前段階として、ストレスの蓄積があり、ストレスの蓄積は、バーンアウト以外にも心身症状などのストレン

をともなっているはずである。今回、情緒的消耗感については、ストレンであるとする仮定と斉合する結果が得られたが、脱人格化と個人的達成感については、これらがストレンであるとの仮定を支持する結果が得ることはできなかった。

同様に、バーンアウトがストレンであるとすれば、その背景にストレスを引き起こしているストレスが存在するはずである。そこで、看護婦が日常業務で経験すると思われるストレスとバーンアウト得点と関連を調べた。情緒的消耗感と脱人格化については、ストレスの存在により、それらの程度が高まっているという結果が得られたが、個人的達成感については、ストレスとの関連は認められなかった。先に述べた心身症状での結果と考え合わせると、バーンアウトの構成要素とされている個人的達成感の後退は、ストレスの累積が直接の原因となって生じるものではないと考えられる。個人的達成感の後退は、ストレスとまったく無関係ではないにしろ、ストレス以外の要因により引き起こされている可能性が、今回の研究結果の分析から示唆されたことになる。これは、従来のバーンアウト研究にはなかった視点である。

また、勤務年数や部署の違いにより、バーンアウト得点に差が見られるかについても検討をおこなった。勤務年数については、従来言われてきたような、勤務年数とともにバーンアウト得点が低くなるといった負の相関関係は認められなかった。バーンアウト得点と勤務年数との関連を図示したグラフから、両者の関連は、必ずしも単純な線形関係ではなく、看護婦のキャリアの進展にともない、いくつかの「節目」で変化するものであることが推測される。また、そのような節目の1つとして、看護婦の現場でいわれている「3年目の壁」を示唆するような、バーンアウト得点の変化が認められた。この結果は、バーンアウト得点が看護婦という職業への意欲やモラルを反映していることを示唆している。

部署の違いでは、病棟で勤務している看護婦の方が、外来などに所属している看護婦よりも、バーンアウト得点が高いことが統計学的に確かめられた。この結果から、特定の患者と長期にわたって接触を続けることが、バーンア

ウトを引き起こす要因の 1 つとなっていることが推測できる。さらに、ICU/CCU で勤務している看護婦は、情緒的消耗感が高いが、脱人格化、個人的達成感の程度は外来などで勤務している看護婦などと差がないことが確かめられた。ICU/CCU は、部署の性質上、切迫した状況での緊張した看護を強いられることが多く、それが情緒的消耗感を引き起こしている反面、短い区切られた期間での看護が中心となるため、バーンアウトの他の側面、特に脱人格化などが生じにくいことが推測される。すなわち、この結果は、同じバーンアウトの側面でも、情緒的消耗感と他の 2 つの側面（脱人格化、個人的達成感の後退）とは、その直接的な原因が異なる可能性を示唆している。

第5章 実証研究 II

目 的

前回の研究では、ストレッサからストレスが生じ、それが累積してバーンアウトが生じるという因果モデルを検証した。これは、従来のバーンアウト研究の基本的な枠組みとなってきた因果図式であり、バーンアウトはストレスの結果生じるストレンのひとつであるとする考え方である。しかし、前回の研究結果は、必ずしもこの因果モデルに斉合するものではなかった。特に、バーンアウトの3つの側面のうち、個人的達成感は、心身症状との関連が低く、ストレッサにより説明される部分は、他の2つの側面に比べて、極端に低い数値を示した。この結果は、過去のバーンアウトとストレスとの関係を検証した研究結果とも斉合する(Brookings, Bolton, Brown, & McEvoy, 1985; Constable & Russell, 1986; Friesen & Sarros, 1989; Landsbergis, 1988; Jackson, Turner, & Brieb, 1987; Jackson, Schwab & Schuler, 1986; Russell, Altmaier, & Velzen, 1987; 田尾, 1987; 田尾, 1989)。

さらに、2章でも述べたように、MBIの3つの下位尺度のうち、情緒的消耗感の因子と脱人格化の因子は、相互に関連しているか、時として1つの因子として抽出されることもあるが、個人的達成感の因子は他の2つからは独立した因子として抽出されることが多い(Brookings, Bolton, Brown, McEvoy, 1985; Ceslowitz, 1989; Gold, Bachelor, & Michael, 1989; Leiter, 1991; Stout & Williams, 1983; 田尾, 1987; 田尾, 1989; Williams, 1989)。これらの研究結果は、個人的達成感の後退が、情緒的消耗感や脱人格化とは異なる要因に帰因する症状であり、両者はバーンアウトの独立した2つの側面を反映するものであることを示唆するものである。

個人的達成感は、Maslach & Jackson (1981)によれば、“feelings of competence and successful achievement”と定義されている。Maslach自身も指摘しているように(Maslach, 1993 など)、概念的には、Banduraの言う自己効力感(self-efficacy)に近いものである。自己効力感とは、“people’s

beliefs about their capabilities to exercise control over events that affect their lives” (Bandura, 1989, p.1175) と定義される。Bandura らにより研究、発展してきた概念で (Bandura, 1977; Bandura, 1997) 、社会のさまざまな場面への適用も試みられてきている (Hackett, 1995; Marlatt, Baer, & Quigley, 1995 など)

自己効力感とバーンアウトとの関係について論じている研究は意外と少ない (Cherniss, 1993; Leiter, 1992; Leiter, 1993; Meier, 1983 など) 。その理由として、1 つは、自己効力感という概念が、他の自己に関わる概念同様に、数量化が難しく、実証研究になじまないという点があげられる。

また、2 つめの理由として、Bandura が自己効力感という概念を提議する際、環境要因を軽視し、個人要因に重きをおいていた— 最近の研究では、環境要因の重要性についての認識をあらため、自己効力感の高揚あるいは喪失は、環境要因と個人要因の相互作用により影響を受けると述べている (Bandura, 1997) —という点があげられる。

3 章でみてきたように、バーンアウトの因果関係に関する研究は、ヒューマン・サービス従事者のおかれている環境要因に研究が集中している。これは、Kahn (1978) が端的に指摘しているように、ヒューマン・サービス従事者にとって最も重要な性格特性である他人を気遣う心、いわば、利他的な奉仕的精神が、バーンアウトしやすい性格特性となっていることにも大きな理由がある。したがって、性格特性など個人要因を問題にした場合、ヒューマン・サービス従事者とバーンアウトとは不可避の関係にあるといった悲観論に陥ってしまう傾向がある (たとえば Freudenberger (1974) など) 。そこで、バーンアウトを軽減するための組織的な対策を検討するという見地から、バーンアウト研究では、個人要因よりも環境要因の方が重視されてきたのである。ここに、個人要因として位置づけられていた自己効力感が、バーンアウト研究で、ほとんど取り上げられてこなかった理由の一端がある。

これらの理由により、バーンアウトないしは個人的達成感と自己効力感との関係については議論されてきたが、両者の直接的な関係を示す実証的な研究はほとんどおこなわれていないのが現状である (Leiter, 1993) 。そこで、

今回の研究では、バーンアウトがストレンのひとつであるとする従来受け入れられてきた因果モデルを再度検証すると同時に、ストレスと自己効力感によるバーンアウトの因果モデルの妥当性についても検討した

調査の方法

1) 対象と調査の手続き

調査は京都府下の病院に勤務する看護婦を対象に実施した。病院は、11ヶ所、施設の規模は、大規模病院（400床以上）4施設、中規模病院（200床以上399床以下）4施設、小規模病院（199床以下）2施設であった。また、設置主体はすべて私立系施設であった。調査の実施にあたっては京都私立病院協会の協力を得た。

1200部の調査用紙を用意し、対象となる11施設の看護婦の員数に応じて配布した。各施設で一定期間留め置いた後、施設単位で回収した。看護婦への配布と回収の方法は、各施設に委ねられたが、質問紙の性質上、上司などに知られることを恐れ回答が歪められる恐れがあったため、回収に際しては、あらかじめ用意した封筒に回答者自身が封入し、さらに、糊付けして、所定の場所に集約することを周知、徹底した。また、得られたデータは学術的な目的以外には使用しないことも、あわせて強調した。最終的に、994名からの回答があり、回収率は82.8%であった。

質問紙のフェイスシートで、「正看護婦」、「准看護婦」、「その他」から所有している「資格」をひとつ選択してもらった。その結果、「その他」を選択していたものが27名いた。本研究は、病院で看護婦として働いている人を対象とした調査なので、この27名を分析データから削除した。また、同じくフェイスシートで、性別を回答してもらった。その結果、男性が27名含まれていることがわかった。前回の研究と同様に、分析データから男性27名を削除した。したがって、943名（3名、資格「その他」と性別「男性」の重複があった）のデータが分析に供された。

2) 質問紙の内容

バーンアウトの測定

前回の研究と同じ尺度を用いた。

ストレスの測定

前回の研究で用いた 36 項目から、前回の因子分析から除外された 4 項目を除いた 32 項目を用いた。

自己効力感に関わる要因の測定

自己効力感とバーンアウトとの関係を検討するために、看護婦の自己効力感に関わっていると考えられる要因を測定した。Bandura (1997) は、自己効力感を高める要因として、以下の 4 つをあげている。

1. 習熟経験 (enactive mastery experience)

習熟経験とは、技能や知識などを身につけているという信念であり、成功経験や厳しい訓練などをへて形成される。当然、習熟していると感じている課題、分野では、高い自己効力感を感じる。

2. 代理経験 (vicarious experience)

自分自身が成功しなくても、自分と同じ境遇あるいは能力を持っていると思われる他者の成功が、自分自身の能力の高さを示し、高い自己効力感を感じる。

3. 他者からの評価 (verbal persuasion)

他者から励まされたり、高い評価を受けた場合、それが納得のできるものであれば、高い自己効力感を感じる

4. 生理的、情動的な状態 (physiological and affective state)

身体の調子がよく、気持ちが高揚している時には、高い自己効力感を
感じる。

自己効力感の測定について、尺度化の試みはあるが (Berry, West, & Dennehey, 1989; Streiner & Norman, 1989 など)、十分な信頼性、妥当性
を得るには至っていない。そこで、上記の 4 つの要因のうち、状況によって
変化し、質問紙によって測定することが困難な 4 を除き、1 から 3 の要因を
反映する項目を独自に収集した。表 5-1 に、調査に用いた 10 項目を示した。

表 5-1 自己効力感に関わる項目

1	私は仕事に関する専門誌を定期的に読んでいる。
2	私の仕事には、高度の専門的な知識や技術が必要である。
3	私は仕事に関係のある学会や研究会には欠かさず出席して いる。
4	絶えず新しい知識や技術を学ばなければ、他の人よりもよ い仕事はできない。
5	私の親しい友人のほとんどは、私と同じ仕事をしている仲 間である。
6	私の仕事の成果は私と同じ仕事をしている人だけがわかる ことである。
7	私は、仕事に役立つ情報やニュースを主に身近な仕事上の 仲間から得ている。
8	私の仕事には、長い間かけて蓄えた経験が最も重要である。
9	同じ仕事をしている人たちと、お互い批判したり、批評し あうことがある。
10	私の仕事では、きびしい教育や苦しい訓練に耐えてはじめ て一人前の仕事ができる。

なお、回答者は、各項目のような事柄が自分にどの程度あてはまるかを、
5 件法で回答した。

離職意識

看護婦という職業を継続していく意志について尋ねた。回答者は、「1：今の部署、病院で、看護婦の仕事を続けたい。」から「5：近いうちに、看護婦の仕事を辞める予定である。」までの5つの段階から、自分の今の気持ちに最も近い段階を選択した。

個人属性

質問紙では、以下の6つの個人属性について回答を求めた。

1. 資格：正看護婦、准看護婦、その他のうちいずれか。
2. 性別
3. 地位：婦長、主任、スタッフのうちいずれか。
4. 部署：外来、内科系病棟、外科系病棟、精神科病棟、手術室、ICU/CCU、産科、その他のうち該当するものすべてを選択。
5. 年齢
6. 勤務年数

4について、選択肢としてあらたに「産科」を追加した。また、前回の研究では、該当する部署を1つだけ選択してもらったが、調査後、1つの病棟に複数の科が混在している場合（混合病棟）も少なくないとの指摘を受け、複数の選択を可能にした。

結果と考察

1) ストレッサとバーンアウトとの因果関係

バーンアウト尺度20項目は、Maslach & Jackson (1981)と同様に、主成分法により因子を抽出し、その後バリマックス回転をおこなった。固有値

1以上の基準で因子を選択した結果、3因子解が得られた。この3因子に対してバリマックス回転をおこなった結果、項目6、項目11の2項目は、どの因子にも高い負荷（因子負荷量.5以上を基準として選択）をもたなかった。そこで、これら2つの項目を削除して、あらためて18項目で主成分法による因子分析をおこなった。固有値1以上の基準で因子を抽出した結果、ふたたび3因子解を得た。これをバリマックス回転して得られた因子負荷行列を表5-2に示した。なお、回転後の3因子による累積寄与率は54.4%であった。

表 5-2 バーンアウト尺度の因子負荷量

	I	II	III
14 仕事の結果はどうでもよいと思うことがある。	0.763	-0.047	0.008
13 同僚や患者と、何も話したくなくなることがある。	0.741	-0.024	0.248
5 同僚や患者の顔を見るのも嫌になることがある。	0.709	0.023	0.278
17 今の仕事は、私にとってあまり意味がないと思うことがある。	0.708	-0.156	0.088
7 自分の仕事がつまらなく思えて仕方のないことがある。	0.700	-0.108	0.257
3 細々と心配りすることが面倒に感じることがある。	0.656	-0.018	0.257
9 同僚や患者の気持ちを思いやるのが苦手を感じることもある。	0.566	-0.115	0.270
16 今の仕事に、心から喜びを感じることもある。	-0.153	0.768	-0.029
18 仕事が楽しくて、知らないうちに時間がすぎることもある。	-0.008	0.753	-0.201
12 仕事を終えて、今日は気持ちのよい日だったと思うことがある。	-0.085	0.718	0.023
20 我ながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある。	0.037	0.677	0.139

表 5-2 バーンアウト尺度の因子負荷量 (continued)

	I	II	III
2 我を忘れるほど仕事に熱中すること がある。	-0.003	0.670	0.015
4 この仕事は私の性分に合っていると 思うことがある。	-0.208	0.647	-0.147
8 1日の仕事が終わると「やっと終 わった」と感じることもある。	0.101	0.032	0.789
19 体も気持ちも疲れ果てたと思うこと がある。	0.216	0.020	0.772
15 仕事のために心にゆとりがなくなっ たと感じることもある。	0.291	0.016	0.626
10 出勤前、職場に出るのが嫌になって、 家にいたいと思うことがある。	0.439	-0.165	0.592
1 こんな仕事、もうやめたいと思うこ とがある。	0.447	-0.190	0.573

※ 項目 6、項目 11 は分析から除外。

因子分析の結果、前回の研究と同じ因子構造が得られた。まず、第 1 因子は、MBI の脱人格化に相当する因子である。項目 9「同僚や患者の気持ちを思いやるのが苦手を感じることもある。」が高い負荷を持つ項目に含まれている。この項目は、脱人格化に負荷する項目であると想定してバーンアウト尺度に加えたものであるが、前回の分析では、3 つの因子のどれにも高い負荷を持たなかったため分析から削除されていた。項目 9 以外の高い負荷を持つ項目は、前回の研究結果とまったく同じである。さらに、第 2 因子は MBI の個人的達成感、第 3 因子は MBI の情緒的消耗感に相当する因子であり、高い負荷を持つ項目は、それぞれ前回の研究結果とまったく同じである。なお、各因子の寄与率は、第 1 因子が 22.2%、第 2 因子が 17.2%、第 3 因子が 15.0%であった。

バーンアウト尺度の因子分析の結果、前回の研究と同じ結果が得られた

千人規模の調査で、2 度にわたり同じ因子構造が得られたことから、本研究で作成したバーンアウト尺度の因子妥当性は高いと考えられる。以下の分析では、因子負荷量が.5 以上の項目を加算し項目数で割った値をそれぞれの下位尺度 — 「脱人格化」、「個人的達成感」、「情緒的消耗感」 — の得点とした。

ストレッサ尺度 32 項目を、医者に関わる項目（5 項目）、同僚・上司に関わる項目（10 項目）、ケアに関わる項目（12 項目）、そして、職場環境に関わる項目（5 項目）の 4 つのカテゴリーに分類し、各カテゴリー毎に因子分析をおこなった。因子の抽出にあたっては、すべて主成分法を用い、固有値 1 以上の因子を選択した。これらの因子負荷行列を表 5-3 に示した。

表 5-3 ストレッサ尺度の因子負荷量

医者に関わる項目		I	
7	医者との間で考え方が食い違うことがある。	0.751	
20	医者から、その患者にとって不適当な処置をするように命じられることがある。	0.751	
14	患者の症状について、医者が十分な情報を与えてくれないことがある。	0.674	
11	臨終（危篤）、緊急時に、医者がいないことがある。	0.571	
1	医者から批判されることがある。	0.502	
同僚・上司に関わる項目		I	II
29	上司が自分の気持ちを理解してくれないことがある。	0.841	0.142
30	上司の対応が遅いことがある。	0.840	0.066
3	上司と考え方が食い違うことがある。	0.691	0.230
27	協力的でないスタッフと一緒に働くことがある。	0.661	0.313
26	同じ病棟に指導してくれるナースがいないことがある。	0.649	0.170
23	病棟と一緒に働きたくないナースがいることがある。	0.609	0.315
9	同じ病棟のナースと、体験や感情を共有できないことがある。	0.257	0.737
13	患者に対する不満を同じ病棟のナースに打ち明けられないことがある。	0.134	0.714
5	他の病棟のナースと自分の病棟の問題について、オープンに話せないことがある。	0.152	0.671

表 5-3 ストレッサ尺度の因子負荷量 (continued)

ケアに関わる項目	I	II
17 患者の気持ちの支えになってやれないと感じることがある。	0.817	0.081
12 十分に患者の家族の気持ちの支えになってやれないと感じることがある。	0.743	0.155
8 患者へのケアに際して、ミスしないかと恐れを感じる。	0.641	0.093
32 患者の苦しみにに対して、自分の感性がマヒしていると感じることがある。	0.609	0.131
16 患者が苦しんでいるのを見ることがある。	0.589	0.353
15 患者の症状について、わからない質問を患者やその家族から尋ねられることがある。	0.568	0.201
6 患者の死を看取ることがある。	0.142	0.826
4 患者やその家族と、患者自身の死について話さなければならないことがある。	0.126	0.800
10 親しくしていた患者が死ぬことがある。	0.223	0.702
職場環境に関わる項目	I	
25 同じ病棟に十分な人手がないことがある。	0.789	
31 超過勤務が多いことがある。	0.776	
21 事務仕事のような看護以外の仕事をしなければならないことがある。	0.621	
33 看護について勉強できないことがある。	0.514	

※ 項目 2、項目 18、項目 22、項目 24、項目 28 を除く。

医者に関わる 5 項目では、主成分法により因子を抽出した（固有値 1 以上の因子を選択）結果、1 因子解が得られた。この因子負荷行列を表 5-3 に示した。負荷量が .5 以上の項目は、前回の研究と同じ項目であった。そこで、前回同様、この因子を「医者との葛藤」の因子とした。なお、この因子の寄与率は 43.2%であった。

同僚・上司に関わる 10 項目では、主成分法により因子を抽出した（固有値 1 以上の因子を選択）結果、2 因子解が得られた。この 2 因子に対してバ

リマックス回転をおこなった結果、項目 18 は、どの因子にも高い負荷（因子負荷量.5 以上を基準として選択）をもたなかったため分析から除いて、あらためて 9 項目で主成分法による因子分析をおこなった。固有値 1 以上の基準で因子を抽出した結果、ふたたび 2 因子解を得た。これをバリマックス回転して得た因子負荷行列を表 5-3 に示した。なお、回転後の 2 因子による累積寄与率は 56.0%であった。

前回の研究では、3 因子解が得られたが、今回は 2 因子解であった。以下、各因子に対する負荷量が.5 以上の項目を負荷が高い項目として、それぞれの因子の意味について考察する。

第 1 因子では、「上司が自分の気持ちを理解してくれないことがある」、「上司の対応が遅いことがある」、「上司と考え方が食い違うことがある」、「協力的でないスタッフと一緒に働くことがある」、「同じ病棟に指導してくれるナースがいないことがある」、「病棟と一緒に働きたくないナースがいる」の 6 項目の負荷が高い。これらは、前回の分析では、第 1 因子「上司との葛藤」と第 2 因子「同僚との葛藤」に別々に負荷していた項目で、今回、これらの項目が合わさって 1 つの因子を形成したことになる。これらは、上司や同僚に対するネガティブな感情など、上司や同僚との葛藤に関わる項目である。そこで、この因子を「上司・同僚との葛藤」の因子とした。なお、この因子の寄与率は 35.9%であった。

第 2 因子では、「同じ病棟のナースと、体験や感情を共有できないことがある」、「患者に対する不満を、同じ病棟のナースに打ち明けられないことがある」、「他の病棟のナースと自分の病棟の問題についてオープンに話せないことがある」の 3 項目の負荷が高い。これは、前回の第 3 因子と同じ因子である。そこで、前回同様、この因子を「同僚からの疎外感」の因子とした。なお、この因子の寄与率は 20.1%であった。

ケアに関わる 12 項目では、主成分法により因子を抽出した（固有値 1 以上の因子を選択）結果、2 因子解が得られた。この 2 因子に対してバリマックス回転をおこなった結果、項目 2、22、8 は、どの因子にも高い負荷（因子負荷量.5 以上を基準として選択）をもたなかったため分析から除いて、あ

らためて9項目で主成分法による因子分析をおこなった。固有値1以上の基準で因子を抽出した結果、ふたたび2因子解を得た。これをバリマックス回転して得た因子負荷行列を表5-3に示した。なお、回転後2因子による累積寄与率は53.4%であった。

第1因子は、前回の第1因子に負荷していた項目のうち、分析から除外した3項目を除いた項目から構成されている。そこで、前回同様、この因子を「ケアの不全感」の因子とした。この因子の寄与率は30.7%であった。さらに、第2因子も、前回の第2因子と同じ因子である。そこで、前回同様、この因子を「患者の死体験」の因子とした。この因子の寄与率は22.7%であった。

職場環境に関わる5項目では、主成分法により因子を抽出した（固有値1以上の因子を選択）結果、1因子解が得られた。項目24は、この因子に高い負荷（因子負荷量.5以上を基準として選択）をもたなかったため分析から除いて、あらためて3項目で主成分法による因子分析をおこなった。固有値1以上の基準で因子を抽出した結果、ふたたび1因子解を得た。この因子負荷行列を表5-3に示した。

前回の研究では、「過重負担」と「教育環境の不備」の2因子解が得られたが、今回は1因子解であった。第2因子「教育環境の不備」に負荷していた「特殊な器具の操作や機能がはっきりわからないことがある」と「看護について勉強できないことがある」の2項目のうち、前者が分析から除かれ、後者が第1因子に吸収されたかたちとなっている。「看護について勉強できない」のは、教育環境が整えられていない場合もあり、忙しくて勉強する時間や余力がない場合もある。今回、後者の意味で、「過重負担」の因子に負荷したと推測できる。そこで、前回同様、この因子を「過重負担」の因子とした。なお、この因子の寄与率は46.8%であった。

以上、因子分析の結果、看護婦が日常経験するストレスとして、全部で6因子が抽出された。同僚・上司に関わる項目と職場環境に関わる項目では、前回は2つの因子に別々に負荷していた項目が、合わさって1つの因子を形成するといった違いが見られた。ただ、この場合も、基本的には、各項目の

結びつき関係は変わっておらず、因子単位での結合が見られたに過ぎない。また、医者に関わる項目、ケアに関わる項目、職場環境に関わる項目では、前回と同じ因子構造が得られている。したがって、本研究で用いたストレスサ尺度の因子構造は比較的安定したものであると考えられる。以下の分析では、それぞれの因子をストレスサの下位尺度として設定し、因子負荷量が.5以上の項目を加算し項目数で割った値をそれぞれの下位尺度 — 「医者との葛藤」、「上司・同僚との葛藤」、「同僚からの疎外感」、「ケアの不全感」、「患者の死体験」、「過重負担」 — の得点とした。

バーンアウトがストレスの結果生じるストレンであるとする仮説を再度検証する目的で、前回同様、バーンアウト得点を目的変数、ストレスサ得点を説明変数として、SAS (Statistical Analysis System) の RSQUARE プロシジャにより重回帰分析をおこなった。モデル選択の基準も、前回同様、AIC (赤池の情報量基準) にしたかった。

表 5-4 の列に目的変数であるバーンアウトの 3 つの下位尺度、行に説明変数であるストレスサの 6 つの下位尺度を示した。表中の数字は、列の目的変数に対する各説明変数の標準偏回帰係数である。

表 5-4 パーンアウトとストレスの標準偏回帰係数

	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感
医者との葛藤	-0.079	0.009	*
上司・同僚との葛藤	0.214	0.256	*
同僚からの疎外感	*	0.145	0.074
ケアの不全感	0.374	0.226	-0.120
患者の死体験	*	-0.082	0.193
過重負担	0.226	*	*
AIC	-431.8	-757.7	-529.1
重相関係数	0.277	0.301	0.053

※ *は投入されなかった説明変数。

情緒的消耗感では、医者との葛藤、上司・同僚との葛藤、ケアの不全感、過重負担の 4 つの説明変数の組み合わせが、最も説明力の高いモデルとして選択された。重相関係数は、.277 であった。脱人格化では、医者との葛藤、上司・同僚との葛藤、同僚からの疎外感、ケアの不全感、患者の死体験の 5 つの説明変数の組み合わせが、最も説明力の高いモデルとして選択された。重相関係数は、.301 であった。個人的達成感では、同僚からの疎外感、ケアの不全感、患者の死体験の 3 つの説明変数の組み合わせが、最も説明力の高いモデルとして選択された。重相関係数は、.053 であった。

前回の研究結果と同様に、個人的達成感を目的変数とした時の重相関係数が、.053 となり、他の 2 つの下位尺度の重相関係数と比べると、個人的達成感の後退における説明率の低さは際立っている。今回の研究でも、個人的達成感の後退という側面では、ストレスからストレスが生じ、それらが累積してバーンアウトにいたるという従来の因果の図式があてはまらないということが示されたことになる。

次に、各目的変数毎に前回と今回の結果を比較、検討する。まず、情緒的消耗感では、標準偏回帰係数の高い順に、ケアの不全感、過重負担、上司・

同僚との葛藤、医者との葛藤の4つの説明変数が選択された。ケアの不全感と過重負担は、前回の分析でも高い標準偏回帰係数を示していた。患者のケアをめぐる悩みと物理的な忙しさ、情緒的消耗感を引き起こしている主たる要因は、看護婦が日常こなしている仕事そのものに帰因するストレスであると考えられる。

脱人格化では、標準偏回帰係数の高い順に、上司・同僚との葛藤、ケアの不全感、同僚からの疎外感、医者との葛藤、患者の死体験の5つの説明変数が選択された。2回の調査を通じて、ケアの不全感の標準偏回帰係数が高いのは情緒的消耗感と同じであるが、過重負担は、今回の分析でも説明変数として選択されなかった。仕事の切迫感や多忙さにともなうストレスは、心身的な消耗を引き起こすが、クライアントや同僚などへのシニカルな態度を形成するには至らないようである。それに対して、対人葛藤や疎外感など人間関係に帰因するストレスの標準偏回帰係数が高いことが、脱人格化における安定した傾向である。職場の人間関係が契機となって生じるストレスが、脱人格化と密接に関わっていることが推測できる。

個人的達成感では、標準偏回帰係数の高い順に、患者の死体験、ケアの不全感、同僚からの疎外感の3つの説明変数が選択された。患者の死体験と個人的達成感の間に正の関連があるという結果は、前回と同じである。この結果については、前回、患者の退院と同様に、患者の死も、看護の終わりを、仕事の完遂を意味するのではないかという推測をおこなった。本研究のような質問紙調査だけからでは、この推測の是非を問題にすることはできない。ただ、看護婦のキャリアにとって、患者の死が必ずしもネガティブに働くだけの経験ではないことは、本研究の結果からも明らかであろう。

以上、バーンアウトが累積したストレスの結果生じるストレンであるとする仮説について再度検証したが、前回の研究とほぼ同じ結果が得られた。すなわち、バーンアウトの3つの側面のうち、個人的達成感の後退について、仮説を支持する結果が得られなかった。2回にわたる千人規模の調査を通じて、バーンアウトとストレスとの因果関係について同じ結果が得られたということは、本研究の結果の信頼性、妥当性の高さを示すものと考えられる。

したがって、従来からのバーンアウトとストレスとの因果モデルについては——少なくとも、個人的達成感の後退という側面については——、修正すべき点のあることが示されたと考えられる

2) ストレスと自己効力感によるバーンアウトの因果モデル

まず、自己効力感に関わる要因を測定するための 10 項目で、主成分法による因子分析をおこなった。固有値 1 以上の基準で因子を抽出した結果、3 因子解が得られた。この 3 因子に対してバリマックス回転をおこなった結果、項目 5、項目 7、項目 10 の 3 項目は、どの因子にも高い負荷（因子負荷量.5 以上を基準として選択）をもたなかった。そこで、これら 3 つの項目を削除して、あらためて 7 項目で主成分法による因子分析をおこなった。固有値 1 以上の基準で因子を抽出した結果、ふたたび 3 因子解を得た。これをバリマックス回転して得られた因子負荷行列を表 5-5 に示した。なお、回転後の 3 因子による累積寄与率は 60.0%であった

表 5-5 自己効力感に関わる要因の因子負荷量

	I	II	III
4 絶えず新しい知識や技術を学ばなければ、他の人よりもよい仕事はできない。	0.799	0.112	0.081
2 私の仕事には、高度の専門的な知識や技術が必要である。	0.793	0.095	0.083
1 私は仕事に関する専門誌を定期的に読んでいる。	0.032	0.829	0.119
3 私は仕事に関係のある学会や研究会には欠かさず出席している。	0.174	0.787	-0.066
6 私の仕事の成果は私と同じ仕事をしている人だけがわかることである。	-0.207	0.072	0.716
8 私の仕事には、長い間かけて蓄えた経験が最も重要である。	0.265	-0.193	0.687
9 同じ仕事をしている人たちと、お互い批判したり、批評しあうことがある。	0.212	0.143	0.611

第1因子は、「絶えず新しい知識や技術を学ばなければ、他の人よりもよい仕事はできない」、「私の仕事には、高度な専門的な知識や技術が必要である」の2項目の負荷が、5以上である。方法の項で述べた自己効力感の高揚に関わる4つの要因のうち、1の習熟経験に相当する因子であると考えられる。

第2因子は、「私は仕事に関する専門誌を定期的に読んでいる」、「私は仕事に関係のある学会や研究会には欠かさず出席している」の2項目の負荷が、5以上である。専門誌や学会・研究会などは、同じ分野で仕事している人のなかでも、特に、精力的な活動をおこなっている人たちの仕事ぶりを知り、また、実際に交流できる場でもある。その意味で、代理経験の「よいモデル」を提供してくれる場でもある。よいモデルが自己効力感に及ぼす影響について、Bandura (1997) は次のように述べている “Exposure to actual or symbolic models who exhibit useful skills and strategies raises

observers' beliefs in their own capabilities”(p.93).専門誌を読んだり、学会・研究会に参加することは、看護婦として優れた仕事をおこなっている人たちを知る機会を提供し、結果として、自己効力感を高める働きがあると考えられる。そこで、この因子は、4つの要因のうち、2の代理経験に相当する因子であると考えられる。

第3因子は、「私の仕事の成果は私と同じ仕事している人だけがわかることである」、「私の仕事には、長い間かけてたくわえた経験が最も重要である」、「同じ仕事をしている人たちと、お互いに批判したり、批評しあうことがある。」の3項目の負荷が、5以上である。自己効力感の高揚に関わる4つの要因のうち、3の他者からの評価に相当する因子であると考えられる。

因子分析の結果、Bandura (1997)の言う自己効力感の高揚に関わる4つの要因のうち3つに相当する因子、習熟経験、代理経験、他者からの評価の因子が抽出された。

前回ならびに今回のバーンアウトとストレスの因果関係を検証する分析より、累積したストレスのみをバーンアウトの原因とするモデルでは、バーンアウトの3つの側面のうち、個人的達成感の後退を十分に説明することができないという結果が得られた。そこで、ストレス以外に自己効力感に関わる要因を加えて、バーンアウトの因果モデルを構成して、その妥当性を検証した。

このモデルでは、ストレス ⇒ (ストレス) ⇒ バーンアウト (情緒的消耗感、脱人格化) という経路と、自己効力感に関わる要因 ⇒ (自己効力感の喪失) ⇒ バーンアウト (個人的達成感の後退) という2つの経路を仮定している。そして、それぞれの経路の最後に離職意識という要因を設定している。

バーンアウトの結果としては、さまざまなことが考えられる (Hallsten, 1993) 離職意識あるいは離職も、バーンアウトがもたらす結果の1つである (Firth & Britton, 1989; Firth, McIntee, McKeown, & Britton, 1986; Jackson, Schwab, & Schuler, 1986; Lachman & Diamant, 1987; Lazaro,

Shinn, & Robinson, 1984; Maslach & Jackson, 1981; Saxton, Phillips, & Blakeney, 1991 など)。バーンアウトが、ヒューマン・サービスという職業に帰因する症状であるならば、バーンアウトした人は、その結果として、ヒューマン・サービスという仕事を続けていくことに困難を感じるに違いない。今後、ヒューマン・サービスの需要は、急速に増大していくであろう。ヒューマン・サービス従事者の安定的な確保は、社会にとって急務の課題である。実際、バーンアウトが社会問題として注目されなければならない理由もここにある。

そこで、本研究では、バーンアウト ⇒ 離職意識という経路を設定し、離職意識への関わりという観点から、ストレッサ ⇒ (ストレス) ⇒ バーンアウト (情緒的消耗感、脱人格化) という経路と、自己効力感に関わる要因 ⇒ (自己効力感の喪失) ⇒ バーンアウト (個人的達成感の後退) という2つの経路の重要性を評価することとした。

本研究で提議した因果モデルの妥当性を検証するための手法として、共分散構造分析 (EQS モデル) により、ストレッサ、自己効力感に関わる要因、バーンアウト、そして、離職意識という4つの潜在変数間の因果モデルを構成した。共分散構造分析は、変数間の因果モデルを検討する手法である点では、パス解析などの回帰分析と同じ発想に立っているが、測定された変数に加えて、潜在変数を用いる点がその特徴である。潜在変数は、「測定変数 = パラメータ*潜在変数 + 誤差」の構造式により定義される。潜在変数の定義、ならびに、潜在変数 (測定変数) 間の、相関関係、因果関係の設定は、研究者に委ねられており、EQS プログラム (Bentler, 1995) は、測定変数間の共分散構造をもとに、研究者の設定したモデルの適合度を評価する。

分析にあたっては、先に述べた因子分析の結果に基づき、バーンアウトで情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の3因子、自己効力感に関わる要因で習熟経験、代理経験、他者からの評価の3因子をそれぞれ潜在変数として設定した。ただし、ストレッサにおいて、患者の死体験は、情緒的消耗感、脱人格化との関連が低く、考察でも述べたように、通常のストレッサとは意味合いを異にする因子であると考えられるため、潜在変数として設定しなか

った。よって、ストレッサでは4つの潜在変数を設定した。また、離職意識という潜在変数は、離職意識をたずねた項目を測定変数とする潜在変数である。

測定変数の選択にあたっては、各潜在変数とも、測定変数を2つまでとした。これは、1つの潜在変数を多くの測定変数により定義すると、結果として、膨大な測定変数間の共分散構造を説明しなければならず、モデルの収束が困難となるためである。測定変数の選択にあたっては、それぞれの尺度における因子分析の結果より、因子負荷量の高い順に上位2つの項目を選択した。ただし、バーンアウト尺度の脱人格化と自己効力感に関わる要因の他者からの評価については、2番目に負荷量の高かった項目と3番目に負荷量の高かった項目を測定変数として選択した。それぞれの理由を以下に記す。

まず、脱人格化の場合、最も負荷量の高かった「仕事の結果をどうでもよいと思うことがある」という項目の意味が少しあいまいであり、3番目に負荷量の高かった「同僚や患者の顔を見るのも嫌になることがある」の方が、脱人格化の典型的な項目であると考えたためである。次に、他者からの評価の場合、最も負荷量の高かった項目と2番目に負荷量の高かった項目を測定変数として組み合わせた場合、2番目と3番目の組み合わせよりも、モデルの適合度が低下したため、後者の組み合わせを採用した。また、上司・同僚との葛藤の因子では、負荷量の高かった2つの項目がいずれも、上司との葛藤に関わる項目であったため、以下、上司との葛藤と記述する。

以上述べた測定変数、潜在変数を構造式にあらわし、EQS for Windows 5.7 (Copyright (c) 1985-1998 by Peter M. Bentler) を用いて、モデルを構成した。なお、各パラメータの推定は最尤推定法 (maximum likelihood method) を用い、最適化のためのステップ (iteration) の最大数を30に設定して — このプログラムでの標準的な設定である — 計算をおこなった。計算の結果、モデルは、13ステップで収束した。本研究で提議した因果モデルの測定変数と潜在変数並びに潜在変数相互の構造式を以下に示した。なお、EQSモデルにより推定された標準偏回帰係数、重相関係数も付記した。

● 測 定 変 数

ストレッサ

- s29 : 上司が自分の気持ちを理解してくれないことがある
- s30 : 上司の対応が遅いことがある。
- s9 : 同じ病棟のナースと、体験や感情を共有できないことがある。
- s13 : 患者に対する不満を同じ病棟のナースに打ち明けられないことがある。
- s7 : 医者との間で考え方が食い違うことがある。
- s20 : 医者から、その患者にとって不適當な処置をするように命じられることがある。
- s12 : 十分に患者の家族の気持ちの支えになってやれないと感じることがある。
- s17 : 患者の気持ちの支えになってやれないと感じることがある。
- s25 : 同じ病棟に十分な人手がないことがある。
- s31 : 超過勤務が多いことがある。

バーンアウト

- b8 : 1日の仕事が終わると「やっと終わった」と感じることもある。
- b19 : 体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある。
- b5 : 同僚や患者の顔を見るのも嫌になることがある。
- b13 : 同僚や患者と、何も話したくなくなることもある。
- b16 : 今の仕事に、心から喜びを感じることもある。
- b18 : 仕事が楽しくて、知らないうちに時間がすぎることもある。

自己効力感に関わる要因

- se2 : 私の仕事には、高度の専門的な知識や技術が必要である。
- se4 : 絶えず新しい知識や技術を学ばなければ、他の人よりもよい仕事はできない。
- se1 : 私は仕事に関する専門誌を定期的に読んでいます。
- se3 : 私は仕事に関係のある学会や研究会には欠かさず出席している。
- se8 : 私の仕事には、長い間かけて蓄えた経験が最も重要である。

se9 : 同じ仕事をしている人たちと、お互い批判したり、批評しあうことがある。

離職意識

quit : 離職意識を問う項目

● 潜 在 変 数

ストレッサ

S1 : 医師との葛藤 S2 : 上司との葛藤 S3 : 同僚からの疎外感
S4 : ケアの不全感 S5 : 過重負担

バーンアウト

B1 : 情緒的消耗感 B2 : 脱人格化 B3 : 個人的達成感

自己効力感に関わる要因

SE1 : 習熟経験 SE2 : 代理経験 SE3 : 他者からの評価

離職意識

QUIT : 離職意識

● 構 造 式

※ 数字は標準偏回帰係数、E、D は誤差項、R²は重相関係数

測定変数と潜在変数間の構造式

se1	=	.474*SE2	+	.880 E	R ²	=	.225
se2	=	.742*SE1	+	.670 E	R ²	=	.551
se3	=	.730*SE2	+	.684 E	R ²	=	.532
se4	=	.918*SE1	+	.398 E	R ²	=	.842
se8	=	.271*SE3	+	.963 E	R ²	=	.073
se9	=	.642*SE3	+	.767 E	R ²	=	.412
s7	=	.690*S1	+	.724 E	R ²	=	.476
s9	=	.965*S3	+	.262 E	R ²	=	.932
s12	=	.729*S4	+	.685 E	R ²	=	.531

s13	=	.716*S3	+	.698 E	R ²	=	.513
s17	=	.844*S4	+	.536 E	R ²	=	.712
s20	=	.992*S1	+	.123 E	R ²	=	.985
s25	=	.826*S5	+	.564 E	R ²	=	.682
s29	=	1.000*S2	+	.002 E	R ²	=	1.000
s30	=	.694*S2	+	.720 E	R ²	=	.482
s31	=	.610*S5	+	.792 E	R ²	=	.372
b5	=	.507*B2	+	.862 E	R ²	=	.257
b8	=	.579*B1	+	.816 E	R ²	=	.335
b13	=	.498*B2	+	.867 E	R ²	=	.248
b16	=	.642*B3	+	.767 E	R ²	=	.412
b18	=	.549*B3	+	.836 E	R ²	=	.301
b19	=	.700*B1	+	.714 E	R ²	=	.491
quit	=	.440*QUIT	+	.898 E	R ²	=	.194

潜在変数間の構造式

$$(1) \quad B1 = .236*S1 + .303*S2 + .193*S3 + .305*S4 + .508*S5 + .682 D$$

$$R^2 = .535$$

$$(2) \quad B2 = .420*S1 + .604*S2 + .574*S3 + .345*S4 + .100 D$$

$$R^2 = .990$$

$$(3) \quad B3 = .174*SE1 + .418*SE2 + .386*SE3 + .804 D$$

$$R^2 = .354$$

$$(4) \quad QUIT = .436*B1 + .314*B2 - .680*B3 + .098 D$$

$$R^2 = .990$$

さらに、図 5-1 は本研究で提議した因果モデルを視覚化したものである。図の見やすさに配慮して、潜在変数間の関係のみを示している。矢印の方向は因果の方向を示し、それに付した数字は標準偏回帰係数である。

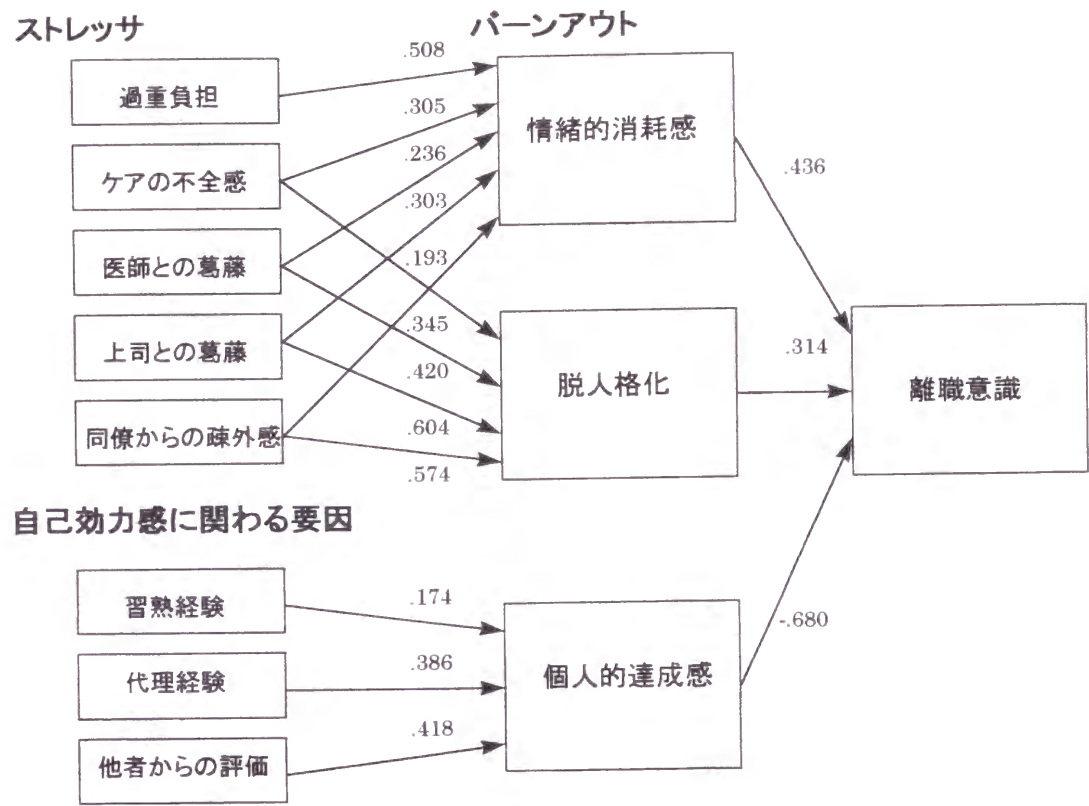


図 5-1 ストレスと自己効力感によるバーンアウトの因果モデル

EQS プログラムでは非常に多くの統計量が算出されるため、論文に掲載する値の取捨選択が問題となるが、ここでは、Raykov, Tomer, & Nesselroade (1991) の示した基準にしたがって結果を記述する。

まず、モデルの適合度を示す指標について述べる。EQS プログラムでは、モデルの適合度を示す指標が複数算出されるが、Raykov らによれば、 χ^2 値が有意であり、3 つの Fit Index (Bentler-Bonett Normed Fit Index, Bentler-Bonett Non-Normed Fit Index, Comparative Fit Index) が十分高い値であることがモデルを採用する基準である。構造式に示したモデルの χ^2

値は 386.267 で、自由度は 147 であった。この値は 0.1%水準で有意な値である。さらに、Bentler-Bonett Normed Fit Index は 0.914、Bentler-Bonett Non-Normed Fit Index は 0.903、Comparative Fit Index は 0.944 であった。Fit Index の高低を判断するための基準は、現在のところ定められていないが、共分散構造分析を用いる研究者の間では、モデルの妥当性を判断する基準として、Fit Index が 0.9 を越えるモデルを採用するという考え方が一般的である（Dunn, Everitt, & Pickles, 1993; 豊田, 1992）。したがって、本研究で提議した因果モデルは、 χ^2 値、Fit Index とも基準を満たしており、モデルとして十分な妥当性のあるものと考えられる。

次に、推定されたパラメータに基づき、モデルの構造について記述する。先に列挙した構造式には、測定変数と潜在変数、並びに潜在変数同志の構造式とその標準偏回帰係数、重相関係数（ R^2 ）が示してある。

潜在変数間の構造式（1）は、情緒的消耗感とストレスとの関係を記述したものである。情緒的消耗感は、過重負担、ケアの不全感、医師との葛藤、上司との葛藤、同僚からの疎外感の 5 つの潜在変数により説明されると仮定した。情緒的消耗感との関連が最も高い潜在変数は、過重負担で、以下、ケアの不全感、上司との葛藤、医師との葛藤、同僚からの疎外感の順となり、この構造式の説明率は、.535（ R^2 ）であった。この結果は、過重負担、ケアの不全感といった看護婦の業務に関わるストレスが、情緒的消耗感を引き起こす主要な原因であることを示している。ただ、情緒的消耗感の生起には、その他のストレスも少なからず寄与しており、看護婦が日常生活全般にわたって経験するストレスが、情緒的消耗感の原因となっているものと考えられる。

潜在変数間の構造式（2）は、脱人格化とストレスとの関係を記述したものである。脱人格化は、ケアの不全感、医師との葛藤、上司との葛藤、同僚からの疎外感の 4 つの潜在変数により説明されると仮定した。最初、過重負担を加えた 5 つの潜在変数による構造式を仮定したが、過重負担を除いた 4 つの潜在変数による構造式のほうがモデルの適合度がよかったため、こちらを採用した。脱人格化との関連が最も高い潜在変数は、上司との葛藤で、

以下、同僚からの疎外感、医師との葛藤、ケアの不全感の順となり、この構造式の説明率は、.990 (R^2) であった。人間関係に関わるストレスとの関連が強く、情緒的消耗感とは異なる脱人格化の特徴が示されている。特に、情緒的消耗感との関連が最も強かった過重負担が、脱人格化の生起にほとんど関わっていないという結果は、両者の違いを考察する上で興味深い結果である。

潜在変数間の構造式 (3) は、個人的達成感と自己効力感に関わる要因との関係を記述したものである。情緒的消耗感は、習熟経験、代理経験、他者からの評価の3つの潜在変数により説明されると仮定した。個人的達成感との関連が最も高い潜在変数は、代理経験で、以下、他者からの評価、習熟経験の順となり、この構造式の説明率は、.354 (R^2) であった。ストレスでは説明できなかったバーンアウトの個人的達成感という側面が、自己効力感に関わる要因により、かなりの程度説明できることが示された。

この点を明確にするために、潜在変数間の構造式 (3) だけを変えたモデルについても EQS プログラムにより検討した。このモデルは、個人的達成感を説明する潜在変数を自己効力感に関わる要因ではなくストレスに変えたものである。その他の部分は、先のモデルとまったく同じ — 自己効力感に関わる要因がモデルに含まれないので、自己効力感に関わる要因を含む構造式は削除された — であった。先のモデル同様、各パラメータの推定は最尤推定法 (maximum likelihood method) を用い、最適化のためのステップ (iteration) の最大数を 30 に設定して計算をおこなった。計算の結果、モデルは 30 ステップを経過しても収束しなかった。したがって、モデルの適合度の指標や各パラメータの推定値など、モデルに関わる統計量を算出することはできなかった。この結果は、個人的達成感をストレスにより説明しようとする、モデルの適合度が著しく低下することを示している。

潜在変数間の構造式 (4) は、離職意識とバーンアウトとの関係を記述したものである。離職意識をバーンアウトの結果として仮定した構造式である。離職意識との関連が最も高い潜在変数は、個人的達成感で、以下、情緒的消耗感、脱人格化の順となり、この構造式の説明率は、.990 (R^2) であった。

なお、個人的達成感は逆転項目なので、標準偏回帰係数は負の値となっている

バーンアウトの因果モデルとして、離職意識という潜在変数を仮定したのは、先にも述べたように、離職意識への関わりという観点から、ストレス ⇒ (ストレス) ⇒ バーンアウト (情緒的消耗感、脱人格化) という経路と、自己効力感に関わる要因 ⇒ (自己効力感の喪失) ⇒ バーンアウト (個人的達成感の後退) という 2 つの経路の重要性を評価するためである。推定された標準偏回帰係数をもとに判断すれば、個人的達成感の側面が離職意識と最も密接に関わっていることになる。また、バーンアウトの経路という観点からすれば、ストレスの結果生じる情緒的消耗感と脱人格化の標準偏回帰係数を単純に加算した値は.750 であり、自己効力感からの経路である個人的達成感の標準偏回帰係数-.680 よりは大きい、両者の値にそれほど差異はない。つまり、離職意識という観点から、バーンアウトの 2 つの側面のうち、ストレスの結果生じる側面 (情緒的消耗感、脱人格化) と自己効力感の喪失にともなって生じる側面 (個人的達成感の後退) を比較した場合、一方が主で他方が従といった関係はなく、どちらも同等な重みを持った側面であると考えられる。

以上、ストレスと自己効力感によるバーンアウトの因果モデルの妥当性を共分散構造分析 (EQS モデル) により検証した。分析の結果、本研究で提議した因果モデルの適合度は高く、その妥当性が支持された。すなわち、ストレスの結果生じるのは、バーンアウトの 3 側面のうち情緒的消耗感と脱人格化の 2 側面であり、個人的達成感の後退は、ストレスの結果生じるのではなく、自己効力感の喪失と密接に関わっていることが確かめられた。この結果は、バーンアウトには、少なくとも経路の違う 2 つの側面があることを示している。1 つは従来から言われてきた過剰なストレスが原因となって生じる側面であり、他の 1 つは、自己効力感の喪失にともなって生じる側面である。

また、因果モデルにバーンアウトの結果としての離職意識という要因を設定し、バーンアウトの 2 つの側面の重要性を、離職意識への関わりという観点から評価した。その結果、両者はほぼ同等に離職意識に関わっていること

が示された。つまり、自己効力感に帰因する側面も、バーンアウトの結果として離職をまねくという観点では、ストレスに帰因する側面と同等の重要性を持っていることが示されたことになる。したがって、あらたに自己効力感に関わる経路を仮定することは、バーンアウトの因果モデルを構成する上で重要な意味を持つものと考えられる。

3) 勤務年数、部署とバーンアウトとの関係

前回の研究同様、勤務年数、部署とバーンアウトとの関連について検討した。

まず、勤務年数について、本研究では、今まで看護婦として働いてきた年数を答えてもらった。最小値は0年（1年未満）、最大値は40、平均値は9.5年、標準偏差は8.3年であった。最も人数が多いカテゴリーは、「1年未満」で111人、次が「2年」の94人、「3年」の82人と続き、「10年」までに、全体の67%の人数が集中している。そこで、前回の研究同様、各カテゴリーに相当数の人数がいる「10年」までを区切りとし、勤務年数が「1年以下」から「10年」までの10年間の間で、バーンアウト得点に差が認められるかを検討した。

勤務年数を独立変数（10水準）、バーンアウトの3つの下位尺度それぞれを従属変数とした分散分析では、それぞれ、情緒的消耗感（ $F(9,585)=1.07$, n.s.）、脱人格化（ $F(9,583)<1$, n.s.）、個人的達成感（ $F(9,574)<1$, n.s.）という結果となり、有意な差が認められなかった。この結果の解釈として、まず、10年という単位では、バーンアウト得点に差が見られるには短すぎたという推測があげられる。そこで、勤務年数11年以上の者を含めた回答者全体で、バーンアウト得点と勤務年数の相関係数を求めたところ、それぞれ、情緒的消耗感（ $r=-.20$ ）、脱人格化（ $r=-.11$ ）、個人的達成感（ $r=.17$ ）という結果となった。3つの下位尺度の中では、情緒的消耗感との間の相関係数が最も高いが、それほど高い値ではない。したがって、今回の研究でも、勤務年数とともにバーンアウト得点が低くなるといった負の相関関係は支持さ

れなかった

図 5-2 は、勤務年数 10 年以下の回答者について、各年毎のバーンアウト得点の平均値を折れ線グラフで示したものである。本研究のデータは継時的なものではないので、厳密な意味では、各点を連続的な線で結ぶことは適当ではないが、得点の変化がわかりやすいという点で折れ線グラフを採用した。

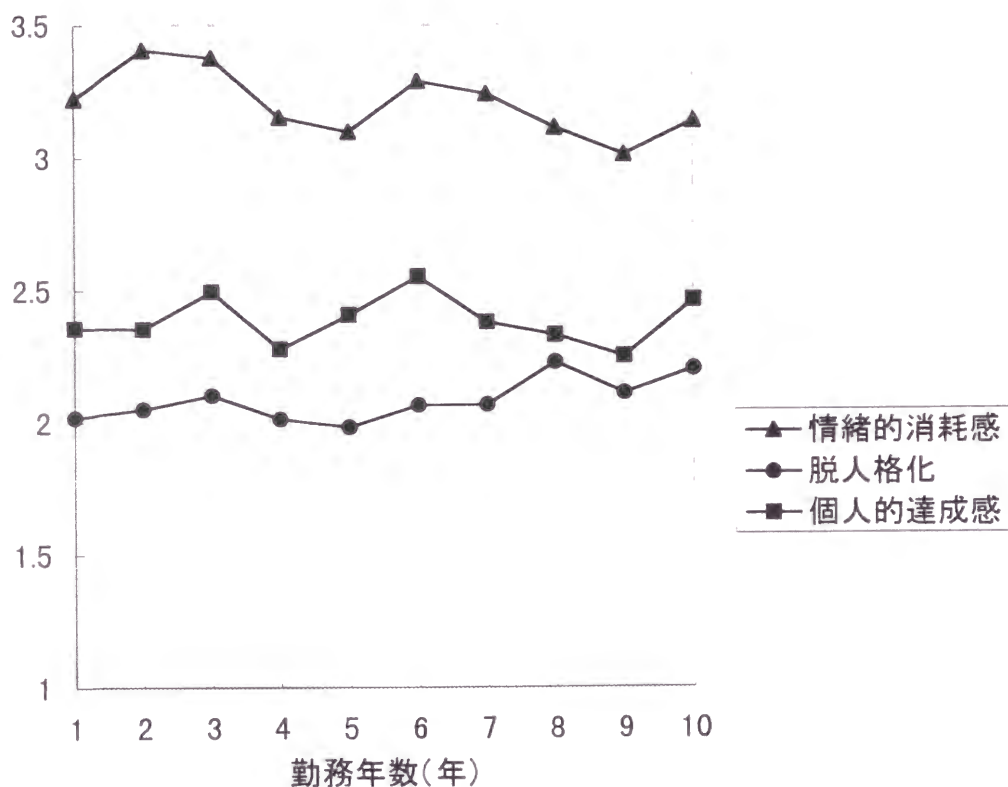


図 5-2 勤務年数によるバーンアウト得点の変化

図 5-2 によると、バーンアウト得点と勤務年数との関連は、必ずしも単純な線形関係ではなく、看護婦のキャリアの進展にともない上下している。これも前回の研究結果と同じである。しかし、前回の研究では、勤務年数「3 年」のところで、バーンアウト得点に目立った変化が認められたが、今回は、特に顕著な変化は認められなかった。

次に、所属している部署によりバーンアウト得点に違いが見られるかを検

討した 本研究では、外来、内科系病棟、外科系病棟、精神科病棟、手術室、ICU/CCU、産科、その他（主に放射線科などの「周辺のな」部署）の 8 つの選択肢のなかから所属する部署を選択してもらった 前回の研究では、該当する部署を 1 つだけ選択してもらったが、調査後、1 つの病棟に複数の科が混在している場合（混合病棟）も少なくないとの指摘を受け、複数の選択を可能にした。分析にあたっては、複数の部署を選択している人を混合病棟とし、他と区別した 各部署の人数は、それぞれ、外来 157 人（4.8%）、内科系病棟 276 人（29.9%）、外科系病棟 167 人（40.1%）、精神科病棟 9 人（60.9%）、手術室 49 人（22.2%）、ICU/CCU 27 人（55%）、産科 20 人（39.4%）、その他 76 人（39.2%）、混合病棟 131 人であった。なお（ ）内には、各部署毎に混合病棟の人が含まれていた割合を示した。たとえば、外来の場合、外来にまるをつけていた人は 165 人であったが、そのなかで複数の部署にまるをつけていた人が 8 人いたため、結果として、外来「専属」の人は 157 人になる そして、165 人の中に 8 人の混合病棟に所属する人が含まれていたことから、混合病棟の割合を計算した。分析にあたっては、精神科病棟を選択した人数が他の部署に比べて少ないため除外し、外来、内科系病棟、外科系病棟、手術室、ICU/CCU、産科、混合病棟、その他の 8 つの部署の間で、バーンアウト得点に差が認められるかを検討した。

部署の違いを独立変数（8 水準）、バーンアウトの 3 つの下位尺度それぞれ 75 を従属変数とした分散分析では、それぞれ、情緒的消耗感（ $F(7,875)=4.06, p<.05$ ）、脱人格化（ $F(7,861)=2.32, p<.05$ ）、個人的達成感（ $F(7,856)=4.30, p<.05$ ）という結果となり、すべての尺度で有意差が認められた なお、表 5-6 に部署毎のバーンアウト得点の平均値と標準偏差を示した。

表 5-6 部署毎のバーンアウト得点

	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感
外 来	2.85(.820)	1.89(.708)	2.63(.772)
内科系病棟	3.19(.887)	2.03(.709)	2.33(.679)
外科系病棟	3.27(.847)	2.10(.624)	2.47(.642)
手術室	3.09(.991)	2.04(.809)	2.47(.751)
ICU/CCU	3.46(1.14)	2.33(1.02)	2.10(.624)
産 科	3.06(.846)	1.86(.404)	2.68(.724)
その他	2.93(.985)	2.05(.809)	2.54(.769)
混合病棟	3.16(.832)	1.90(.642)	2.57(.748)

Tukey 法による下位検定（有意水準を 5%に設定）の結果、情緒的消耗感では、内科系病棟、外科系病棟、ICU/CCU の 3 つの部署に所属する看護婦は、外来に所属する看護婦よりも有意に高い情緒的消耗感を経験していることが認められた。また、個人的達成感では、外来、混合病棟の 2 つの部署に所属する看護婦は、内科系病棟、ICU/CCU の 2 つの部署に所属する看護婦よりも有意に高い個人的達成感を経験していることが認められた。最後に、脱人格化では、Tukey 法による下位検定（有意水準を 5%に設定）では水準間の有意差が認められなかった。そこで、Tukey 法よりも検定力の高い Newman-Keuls 法による下位検定（有意水準を 5%に設定）をおこなった。その結果、ICU/CCU に所属する看護婦は、外来、産科、混合病棟の 3 つの部署に所属する看護婦よりも有意に高い脱人格化を感じていることが認められた。

外来に所属する看護婦のバーンアウト得点が低いという傾向は、前回の研究からの一貫した結果である。特定の患者との長期にわたる接触から生じるさまざまな葛藤とバーンアウトとの関係が、あらためて確認されたとものと考えられる。

今回の研究では、ICU/CCU で勤務している看護婦は、3 つの尺度すべてで最も高いバーンアウト得点（個人的達成感は逆転項目）を示した。混合病

棟の割合をみると、ICU/CCU に混合病棟の人が含まれていた割合が、精神科病棟を除くと、最も高かったことがわかる。あくまで推測の域は出ないが、前回の研究に比べて、今回の ICU/CCU に所属する看護婦のバーンアウト得点が全般的に高かった理由として、前回の研究では、ICU/CCU に分類された看護婦のなかに相当数の混合病棟の人が含まれていたのではないかと推測できる。すなわち、今回の研究で ICU/CCU に分類された看護婦は、ICU/CCU 「専属」の割合が高かったと推測することもできる。ICU/CCU で勤務する看護婦が、いかなる治療・処置・ケアのミスも致命的な職場で極度の緊張状態を強いられていることは想像に難くない。ICU/CCU の勤務体制は、病院の事情により、さまざまなので一概には言えないが、人事システムとして、特定の看護婦を ICU/CCU に長期にわたって勤務させることが望ましくないのは言うまでもない。

結 論

本研究では、以下の 3 つの点について、結果の分析、検討をおこなった。

1. ストレッサとバーンアウトとの因果関係
2. ストレスと自己効力感によるバーンアウトの因果モデル
3. 勤務年数、部署とバーンアウトの関係

前回の研究では、ストレッサからストレスが生じ、それが累積してバーンアウトが生じるという因果モデルを検証した。これは、従来のバーンアウト研究の基本的な枠組みとなってきた因果図式であり、バーンアウトはストレスの結果生じるストレインのひとつであるとする考え方である。しかし、前回の研究結果は、必ずしもこの因果モデルに斉合するものではなかった。特に、バーンアウトの 3 つの側面のうち、個人的達成感は、心身症状との関連が低く、ストレッサにより説明される部分は、他の 2 つの側面に比べて、極端に低い数値を示した。そこで、今回の研究では、まず、従来の因果モデルを再度検証する目的で、看護婦が日常業務で経験すると思われるストレッサとバ

ーンアウト得点と関連を調べた。その結果、前回同様に、情緒的消耗感と脱人格化については、ストレスとの関連が認められたが、個人的達成感については、ストレスとの関連は認められなかった。

2 度にわたる 1000 人規模の調査で、まったく同じ結果が得られたということは、従来考えられてきたストレスによるバーンアウトの因果モデルに修正すべき点があることを意味する。そこで、本研究では、あらたに自己効力感という要因を加えて、ストレスと自己効力感によるバーンアウトの因果モデルを提議し、その妥当性を検証した。

共分散構造分析（EQS モデル）による検証の結果、本研究で提議した因果モデルの適合度は高く、その妥当性が支持された。すなわち、ストレスの結果生じるのは、バーンアウトの 3 側面のうち情緒的消耗感と脱人格化の 2 側面であり、個人的達成感の後退は、ストレスの結果生じるのではなく、自己効力感の喪失と密接に関わっていることが確かめられた。この結果は、バーンアウトには、少なくとも経路の違う 2 つの側面があることを示している。1 つは従来から言われてきた過剰なストレスが原因となって生じる側面であり、他の 1 つは、自己効力感の喪失にともなって生じる側面である。

また、バーンアウトが、ヒューマン・サービスという職業に帰因する症状であるならば、バーンアウトした人は、その結果として、ヒューマン・サービスという仕事を続けていくことに困難を感じるに違いない。今後、ヒューマン・サービスの需要は、急速に増大していくであろう。ヒューマン・サービス従事者の安定的な確保は、社会にとって急務の課題である。実際、バーンアウトが社会問題として注目されなければならない理由もここにある。

そこで、因果モデルにバーンアウトの結果としての離職意識という要因を設定し、バーンアウトの 2 つの側面の重要性を、離職意識への関わりという観点から評価した。その結果、両者はほぼ同等に離職意識と関わっていることが示された。つまり、自己効力感に帰因する側面も、バーンアウトの結果として離職をまねくという観点では、ストレスに帰因する側面と同等の重要性を持っていることが示されたことになる。したがって、あらたに自己効力感に関わる経路を仮定することは、バーンアウトの因果モデルを構成する上

で重要な意味を持つものと考えられる

最後に、ストレスのみを問題にしていた従来の因果の図式は、バーンアウトの一側面を問題にしていたに過ぎないという可能性が高い。今後のバーンアウト研究では、従来のストレスを起点とする経路のみを問題にするのではなく、自己効力感に帰因する側面にも同等の関心が払われるべきであろう。また、この観点に立てば、従来から議論されてきたバーンアウトと既存の概念、特にストレス概念との、いわゆる discriminant validity の問題についても、バーンアウト研究が、従来のストレス研究の枠組みを越える視点を提供することも可能となろう。

勤務年数や部署の違いにより、バーンアウト得点に差が見られるかについても検討をおこなった。勤務年数については、前回の研究結果同様、バーンアウト得点との関連が認められなかった。また、今回の研究では、バーンアウトと勤務年数との関連を図示したグラフからも、看護婦のキャリアの節目となるようなバーンアウト得点の顕著な変化は見られなかった。

2 度の調査結果を通じて、勤務年数とバーンアウト得点の関係について、一般的な傾向を見い出すことはできなかった。3 章で述べたように、バーンアウトと勤務年数との関連は、経験を積み、看護婦としての知識や技量を習得していくことが、ストレスへの耐性を高めるという観点から論じられることが多い (Bramhall & Ezell, 1981; Fimian & Blanton, 1987; O'Driscoll & Schubert, 1988; Rosenthal, Schmid, & Black, 1989)。しかし、実際は、勤務する病院により、看護婦のキャリア・デベロップメントはまちまちであり、長年の勤務が必ずしもストレス耐性を高めるとは限らない。「新人」の教育体制のしっかりしている病院もあれば、人手を確保するのに手いっぱいの病院もある。たとえば、十分な人手もなく、指導してくれるナースもいない環境では、勤務年数を重ねるごとに消耗感のみが増していくという場合もある。したがって、今後、勤務年数とバーンアウトとの関連を論じる場合、勤務する病院の人事システムが有効に機能しているかどうかという視点も必要となってくる。

部署とバーンアウトとの関連については、前回の研究同様、外来に勤務す

る看護婦と病棟で勤務する看護婦との間で有意な差が認められた。特定の患者との長期にわたる接触がもたらすさまざまな葛藤経験が、バーンアウトの発症に関わっているとする見方と斉合する結果である。単なる多忙さだけではなく、こうした「濃密な」人間関係を、どのようなかたちで処理していくかも、バーンアウトを低減する上での重要な視点であることが、あらためて確認されたものと考えられる。

第6章 本研究の意義と今後の問題点

本研究では、ストレスと自己効力感によるバーンアウトの因果モデルを提示することができた。このモデルは、ストレス研究の枠組みの中で論じられてきたバーンアウトという現象に、新しい研究上の視点を提供するものである。この章では、このモデルの意義と、バーンアウト研究の今後の展開、さらに研究上の問題点について論じる。

まず、このモデルの理論的な部分での意義は、バーンアウトという概念の精緻化、そして、それに伴うストレスなど類似の概念との discriminant validity の確立に寄与するという点である。

70年代中期に、Freudenberger により提議されたバーンアウトという概念は、多くの研究者の関心をひき、急速に研究が蓄積されてきた。しかし、この間、研究の多くは、ストレスとバーンアウトとの関連性の議論に終始し（久保・田尾, 1991; Maslach & Schaufeli, 1993）、当初から指摘されてきた概念のあいまいさ、特にストレス概念との差別化の問題は解決されないまま現在に至っている。そして、ストレスとの関連性を検証する研究が一段落した今、バーンアウト研究自体の意義が問い直されている (Maslach, 1993; Leiter, 1993; Schaufeli, Maslach & Marek, 1993)。

本研究では、バーンアウトという現象を再度検討し、従来のストレス研究の枠組みを越える視点を提供する目的で、ひとつの因果モデルを提議、検証した。その結果、バーンアウトの発症について、ストレスとは直接関わらない、自己効力感に関わる経路が存在することを示しえた。今後、バーンアウトがストレスの結果生じる「単なる消耗感」ではなく、“My own feeling is that there is indeed something more to burnout.” (Maslach, 1993, p.27)であることを示すためには、バーンアウトという概念を、さらに精緻化していくことが必要である。したがって、本研究で提示した因果モデルは、バーンアウトとストレスとの discriminant validity を確立し、概念を特定していくうえでの、1つの方向性を示したものとして、その意義は大きい。

このモデルの実践的な部分での意義は、バーンアウトを抑止するための対

処法を考える上で、従来のストレス軽減というプログラムだけではなく、別の可能性、すなわち、自己効力感を高めるためのプログラムを示唆している点であろう

Cherniss(1993)は、バーンアウトと自己効力感との関係に着目し、自己効力感を高めるためのプログラムがバーンアウトの抑止に効果的であると述べている。Cherniss は、成功感が自己効力感を高めるという基本的な仮定から、ヒューマン・サービス従事者の達成感に関わる基準（performance standards）を、現実的で、達成可能なものに設定することが、個々の自己効力感を高めることになり、結果としてバーンアウトの抑止につながると主張している。すなわち、今まで、従事者個人に委ねられていた達成基準の設定を、組織として明確化しておこうとするプログラムである。

Cherniss は、そのための方策として、“job shadowing”、“career counseling”、“ideological communities”の3つのキーワードをあげている。

job shadowing とは、新任、あるいは新しい部署に配属されたときに、経験豊かな人と一定期間行動をともにして、知識や技能を学ぶとともに、現実的な達成基準をも習得させようとするプログラムである。career counseling とは、従事者本人の適性や能力について評価し、具体的で達成可能な基準を設定する手助けをするプログラムである。3つ目の ideological communities とは、組織として“strong, shared ideology”を確立し、その ideology と結びついた形で、具体的な達成基準、そのための効果的な手法、そして、それをこなした従事者への positive なフィードバックをシステム化していく方策である。Cherniss & Krantz (1983) は、Catholic などの宗教的な規範に貫かれた病院の看護婦や、Montessori などの教育理念が浸透している学校の教師のバーンアウト得点が著しく低かったことを報告している。Cherniss (1993) は、堅固な ideology にもとづいて job design がおこなわれている組織では、従事者の達成基準やそれに至る手法が明確化され、自己効力感を得やすくなると述べている。

また、バーンアウトとの関連で論じられているわけではないが、自己効力感に関わる研究の中には、自己効力感を高めるための具体的なプログラムを

示しているものも少なくない (Hackett, 1995; Marlatt, Baer & Quigley, 1995 など) バーンアウトと自己効力感との関連性を検討することは、これらの既存のプログラムをバーンアウト抑止のためのプログラムとして適用する可能性を検討することでもある 本研究の提議した因果モデルは、自己効力感の分野における研究成果をバーンアウト研究に取り入れる理論的な根拠を提供するものである この点に、本研究の最も大きな意義があると言えよう

次に、バーンアウト研究の今後の展開について筆者の考えるところを述べる。

まず、本研究で提議した因果モデルについては、今後さらなる検証と精緻化が必要であろう。その過程で問題となるのが、自己効力感とストレスとの関連性である Bandura (1995) は、自己効力感が、ストレスの生体への影響の仕方を変えうるという見解を述べている。以下に、彼の主張を引用する。

”Stress activated in the process of acquiring coping efficacy may have very different physiological effects than stress experienced in aversive situations with no prospect of ever gaining any self-protective efficacy“(p.27).

Bandura の見解にしたがえば、自己効力感は、ストレスから (生理的なレベルでの) **negative** なストレンが生じることを抑止する働きがあるということになる 具体的な言い方をすれば、悪い条件 (ストレッサ) が重なっている環境においても、高い自己効力感を感じている人は、それに対処できる意欲と能力を持ち、結果として、ストレスによる心身の「破壊」をまぬがれるということになる 逆の言い方をすれば、彼の見解は、ストレスから **negative** な結果 (ストレン) が生じる過程において、自己効力感の低下が一種の”trigger”の役割を果たしているとする仮定を示唆するものである

この仮定をバーンアウトの因果図式に当てはめると、バーンアウトの発症についての興味深い推測が導かれる つまり、ヒューマン・サービス従事者は、ストレッサの多い現場でストレスを感じ、その結果として疲労感や心身の異常を経験する これは、従来のストレス研究が議論を重ねてきた過程で

ある。それに対して、自己効力感の高い人は、頻繁なストレスを経験しながらも—むしろ、効力感の高い人の方が、数多くの仕事に精力的に取り組むので、より頻繁にストレスを経験するかもしれない—、その高い効力感ゆえに、疲労感や心身の異常を感じることなく、高い水準の仕事をこなしていくことになる。しかし、彼らが、何らかのきっかけで高い自己効力感を喪失した時、何が起こるのか。今まで頻繁にストレスにさらされてきたゆえの、重い疲労感や心身の異常が、突然彼らを襲うことになる。この疲労感は、今まで彼らが維持してきた高い緊張状態の代償であり、ふたたび以前の状態へ復帰することを著しく困難にする。

筆者は、この後者の過程こそがバーンアウトなのではないかと考えている。すなわち、バーンアウトの背景には、累積したストレスが存在するが、直接の「引き金を引く」のは、自己効力感の喪失経験なのではないか。ストレスの結果、心身に異常が生じるのは、ストレス研究の枠組みで繰り返し議論されてきた現象である。バーンアウトとは、今までストレスに対して高い耐性を維持してきた人が、突然、その耐性を失い「失速」してしまった状態であり、この突然の失速をもたらすものが自己効力感の喪失ではないかというのが、筆者のバーンアウトという現象に対する現在の認識である。この認識は、バーンアウトが、勤勉で有能な人に突然おとずれる病であり、単なる疲労やアパシーとは異なるものであるとした **Freudenberger** の最初の「イメージ」とも斉合する。もちろん、この仮定は、いまだ推測の域を越えるものではなく、今後、本研究で提議されたバーンアウトの因果モデルを精緻化していく過程において検証されるべきものではあるが、ストレスと自己効力感という2つの分野を統合する新しい視点を、バーンアウト研究にもたらすものであると筆者は考えている。

最後に、バーンアウト研究における方法論上の問題点について指摘しておく。

まず、測定法の問題である。ストレスを測定する場合、特に心理学の分野では質問紙法に頼ることが多い。本研究でも、質問紙法により収集したデータに基づき、これまでの議論を展開してきた。質問紙法の長所、短所につい

ては繰り返し議論されているので、ここであらためて議論することは避けるが、ストレスの測定については、質問紙法に大きな限界があると言わざるをえない

ストレスを議論する場合、その心理的な側面よりも、むしろ生理的な側面が重視されるべきである (Selye, 1976)。特に、先に議論したように、ストレスと自己効力感との関係を検証する場合、生理学的な指標の検討が不可欠となってくる。議論の上で、「自己効力感の高い人は、ストレスを感じながら消耗感を経験しない」と述べたとしても、それがどのような状態なのかを何らかの数値で示し得なければ、実証研究の枠組みとして提示することはできない。この点について、質問紙法には明らかな限界があり、ストレスの生理的な側面を測定することが必要となってくるであろう。

2 番目の問題点は、データ収集の方法である。本研究でおこなった調査では、相関研究的手法がとられている。すなわち、同じ時点での先行要因と結果との間で因果モデルを構成したことになる。厳密な意味では、このようなデータに基づく議論は、相関関係であって、因果関係ではない。今後、同一被験者の、少なくとも 2 つの時点でのデータを用いて、本研究で提議された因果モデルを再度検証する必要があるだろう。

最後に、インタビュー調査の重要性を指摘して、この章を結びたい。本研究でも、調査の前後に数人の看護婦や教師にインタビューする機会を持ち、彼らから、調査項目の選定や結果の解釈について有益な助言を得ることができた。さらに、彼らの中には、その後、看護婦を離職した人や、程度の差はあるがバーンアウトを経験した人も含まれており、彼らをフォローアップしたインタビューから得た知見が、実際のところ、筆者に自己効力感という要因の重要性を認識するきっかけを与えてくれた

インタビュー調査は数量化が難しく、実証研究の分野では用いられることの少ない手法の 1 つであるが、従来見落とされていた要因を発見するための有力な手法でもある。バーンアウト研究の場合、病院や学校などで実際に看護婦や教師として働いている人を調査の対象とすることがほとんどであるしかし、当然のことながら、彼らは日々仕事に従事しているわけで、程度の

差こそあれ、「バーンアウトしていない」人たちである。バーンアウトしていない人たちのバーンアウト得点が、何を意味するのか、MBIなどのバーンアウト尺度を用いた研究が、常に直面するディレンマである。この意味で、「バーンアウトしていない」人たちのバーンアウト得点をもとに構築されてきた議論が、重要な要因を見落としている可能性は否定できない。バーンアウトという特殊事例をひとつひとつ検討していくインタビュー調査のような手法も、忘れてはならないアプローチのひとつである。

引 用 文 献

- Akaike, H. 1969 Fitting autoregressive models for prediction. *Annals of the Institute of Statistical Mathematics*, **21**, 243-247.
- Bacharach, S. B., Bamberger, P., & Conley, S. 1991 Work-home conflict among nurses and engineers: Mediating the impact of role stress on burnout and satisfaction at work. *Journal of Occupational Behavior*, **12**, 39-53.
- Bandura, A. 1977 Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, **84**, 191-215.
- Bandura, A. 1989 Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, **44**, 1175-1184.
- Bandura, A. 1995 Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In A. Bandura (ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp.1-45). Cambridge University Press.
- Bandura, A. 1997 *Self-efficacy*. Freeman & Company.
- Bartz, C., & Maloney, J. P. 1986 Burnout among intensive care nurses. *Research in Nursing and Health*, **9**, 147-153.
- Beck, C. L. & Gargiulo, R. M. 1983 Burnout in teachers of retarded and nonretarded children. *Journal of Educational Research*, **76**, 169-173.
- Belcastro, P. A., Gold R. S., & Grant, J. 1982 Stress and Burnout: Physiologic effects on correctional teachers. *Criminal Justice and Behavior*, **9**, 387-395.
- Bentler, P. M. 1995 *EQS: A structural equations program manual*. Encino, CA: Multivariate Software, Inc.
- Berry, J. M., West, R. L., & Dennehey, D. 1989 Reliability and validity of the memory self-efficacy questionnaire. *Developmental Psychology*, **25**, 701-713.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. 1982 Work stress and the stress-buffering roles of work and family resources. *Journal of Occupational Behavior*, **3**,

215-232.

Bolle, J. L. 1988 Supporting the deliverers of care: Strategies to support nurses and prevent burnout. *Nursing Clinics of North America*, **23**, 843-850.

Borland, J. J. 1981 Burnout among workers and administrators. *Health and Social Work*, **6**, 73-78.

Bramhall, M., & Ezell, S. 1981 How burned out are you? *Public Welfare*, **39**, 23-27.

Brookings, J. B., Bolton, B., Brown, C. E., & McEvoy, A. 1985 Self-reported job burnout among female human service professionals. *Journal of Occupational Behavior*, **6**, 143-150.

Burke, R. J., Shearer, J., & Deszca, G. 1984 Burnout among men and women in police work: An examination of the Cherniss model. *Journal of Health and Human Resource Administration*, **17**, 162-188.

Cahoon, A. R., & Rowney, J. I. A. 1984 Managerial burnout : A comparison by sex and level of responsibility. *Journal of Health and Human Resource Administration*, **7**, 240-263.

Carroll, J. F. X., & White, W. L. 1982 Theory building: Integrating individual and environmental factors within ecological framework. In W. S. Paine (ed.), *Job stress and burnout* (pp.41-60). Beverly Hills, CA: Sage.

Ceslowitz, S. B. 1989 Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *Journal of Advanced Nursing*, **14**, 553-557.

Cherniss, C. 1980 *Professional Burnout in Human Service Organizations*. New York: Praeger.

Cherniss, C. 1993 Role of professional self-efficacy in etiology and amelioration of burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.) *Professional burnout* (pp.135-149). Taylor & Francis.

Cherniss, C., & Krantz, D. L. 1983 The ideological community as an antidote to burnout in the human services. In B. Farber (ed.), *Stress*

- and burnout in the human service professions* (pp.198-212). New York: Pergamon Press.
- 近澤範子 1988 看護婦の Burnout に関する要因分析— ストレス認知、コーピングおよび Burnout の関係 看護研究, **21**, 37-51.
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T., & Hoberman, H. 1985 Measuring the functional components of social support. In I. G. Sarason & B. R. Sarason (Eds.), *Social Support: Theory, Research, and Applications* (pp.73-94). The Netherlands : Martinus Nijhoff.
- Constable, J. F., & Russell, D. W. 1986 The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal of Human Stress*, **12**, 20-26.
- Cooper, G. L., Marshall, J. 1976 Occupational sources of stress: A review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health. *Journal of Occupational Psychology*, March.
- Corcoran, K. J. 1985 Measuring burnout: A reliability and conversant validity study. *Journal of Social Behavior and Personality*, **1**, 107-112.
- Cronin-Stubbs, D., & Velser-Friedrich, B. 1981 Professional and personal stress: A survey. *Nursing Leadership*, **4**, 19-26.
- Davis, E. W. & Barrett, M. 1981 Supervisions for management of work stress. *Administration in Social Work*, **5**, 55-64.
- Dewe, P. J. 1989 Stressor frequency, tension, tiredness and coping: Some measurement issues and a comparison across nursing groups. *Journal of Advanced Nursing*, **14**, 308-320.
- Dolan, S. N. 1987 The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *Journal of Advanced Nursing*, **12**, 3-12.
- Dunn, G., Everitt, B., & Pickles, A. 1993 *Modelling covariances and latent variables using EQS*. Chapman & Hall.
- Ekborg, J. Y., Griffith, N., & Foxall, M. J. 1986 Spouse burnout syndrome. *Journal of Advanced Nursing*, **11**, 161-165.
- Etzion, D. 1984 Moderating effect of social support on the stress-burnout

- relationship. *Journal of Applied Psychology*, **69**, 615-622.
- Etzion, D., Kafry, D., & Pines, A. 1982 Tedium among managers: A cross-cultural, American-Israeli comparison. *Journal of Psychology and Judaism*, **7**, 30-41.
- Etzion, D., & Pines, A. 1986 Sex and cultural in burnout and coping among human service professionals: A social psychological perspective. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, **17**, 191-209.
- Etzion, D., Pines, A., & Kafry, D. 1983 Coping strategies and the experience of tedium : A cross-cultural comparison between Israelis and Americans. *Journal of Psychology and Judaism*, **8**, 41-52.
- Farber, B. 1983 Dysfunctional aspects of the psychotherapeutic role. In B. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions* (97-118). New York: Pergamon Press.
- Fimian, M. J., & Blanton, L. P. 1987 Stress, burnout, and role problems among teacher trainees and first-year teachers. *Journal of Occupational Behavior*, **8**, 157-165.
- Firth, H., & Britton, P. 1989 'Burnout', absence and turnover amongst British nursing staff. *Journal of Occupational Psychology*, **62**, 55-59.
- Firth, H., McIntee, J., McKeown, P., & Britton, P. 1986 Burnout and professional depression: Related concepts? *Journal of Advanced Nursing*, **11**, 633-641.
- Folkman, S. 1984 Personal control, stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, **46**, 839-852.
- Freudenberger, H. J. 1974 Staff burnout. *Journal of Social Issues*, **30**, 159-165.
- Freudenberger, H. J. 1975 The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, **12**, 73-82.
- Freudenberger, H. J. 1977 Burn-out : Occupational hazard of the child care worker. *Child Care Quarterly*, **6**, 90-99.

- Friesen, D., & Sarros, J. C. 1989 Sources of burnout among educators. *Journal of Organizational Behavior*, **10**, 179-188.
- Gaines, J. & Jermier, J. M. 1983 Emotional exhaustion in high stress organization. *Academy of Management Journal*, **26**, 567-586.
- Garden, A. M. 1987 Depersonalization : A valid dimension of burnout? *Human Relations*, **40**, 545-560.
- Gold, Y., Bachelor, P., & Michael, W. B. 1989 The dimensionality of a modified form of the Maslach Burnout Inventory for university students in a teacher-training program. *Educational and Psychological Measurement*, **49**, 549-561.
- Golembiewski, R. T. 1989 A note on Leiter's study-highlighting two models of burnout. *Group and Organization Studies*, **14**, 5-13.
- Golembiewski, R. T., & Munzenrider, R. F. 1983 Testing three phases model of burnout: Mapping of worksite descriptors. *Journal of Health and Human Resources Administration*, **5**, 374-393.
- Golembiewski, R. T., & Munzenrider, R. F. 1984 Phases of psychological burnout and organizational covariants: A replication using norms from a large population. *Journal of Health Resource Administration*, **7**, 290-323.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. F., & Carter, D. 1983 Phase of progressive burnout and their work-site covariants. *Journal of Applied Behavioral Science*, **13**, 461-482.
- Golembiewski, R. T., & Munzenrider, R. F. 1988 *Phase of burnout: Developments in concepts and applications*. New York: Praeger.
- Gray-Toft, P., & Anderson, J. G. 1981 Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects. *Social Science and Medicine*, **15**, 639-647.
- Green, D. E., & Walkey, F. H. 1988 A confirmation of the three-factor structure of the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, **48**, 579-585.
- Hackett, G. 1995 Self-efficacy in career choice and development. In A.

- Bandura (ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp.232-258). Cambridge University Press.
- Hallsten, L. 1993 Burning out: A framework. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.) *Professional burnout* (pp.95-113). Taylor & Francis.
- Hare, J., Pratt, C. C., & Andrews, D. 1988 Predictors of burnout in professional and paraprofessional nurses working in hospitals and nursing homes. *International Journal of Nursing Studies*, **25**, 105-115.
- House, J. S. 1981 *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- 稲岡文昭 1988 BURNOUT 現象と BURNOUT スケールについて 看護研究, **21**, 27-35.
- 稲岡文昭・松野かおる・宮里和子 1982 Burn Out Syndrome と看護— 社会心理的側面からの考察 看護, **34**, 129-137.
- 稲岡文昭・松野かおる・宮里和子 1984 看護職にみられる Burn Out とその要因に関する研究 看護, **36**, 81-104.
- Iwanicki, E. F., & Schwab, R. L. 1981 A cross validation study of the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, **41**, 1167-1174.
- Jackson, S. E., & Maslach, C. 1982 After-effects of job-related stress: Families as victims. *Journal of Occupational Behavior*, **3**, 63-77.
- Jackson, S. E., Schwab, R. L., & Schuler, R. S. 1986 Toward an understanding of the burnout phenomenon. *Journal of Applied Psychology*, **71**, 630-640.
- Jackson, S. E., Turner, J. A., & Brieb, A. P. 1987 Correlates of burnout among public service lawyers. *Journal of Occupational Behavior*, **8**, 339-349.
- Jacobson, S. F. 1983 Stressed and coping strategies of neonatal intensive care unit nurses. *Research in Nursing and Health*, **6**, 33-40.
- Jones, J. W. 1980 *Preliminary manual: The Staff Burnout Scale for*

health professionals. Park Ridge, IL: London House Press.

Kahn, R. 1978 Job burnout: Prevention and remedies. *Public Welfare*, **36**, 61-63.

Kahn, R., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Snoek, J. D., & Rosenthal, R. A. 1964 *Organizational Stress: Studies in Role Conflict and Ambiguity*. Wiley.

Kafry, D., & Pines, A. 1980 The experience of tedium in life and work. *Human Relations*, **33**, 477-503.

Kirk, W., & Walter, G. 1981 Teacher support groups serve to minimize burnout: Principles for organizing. *Education*, **102**, 147-150.

Kobasa, S. C. 1979 Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, **37**, 1-11.

Kobasa, S. C. 1982 Commitment and coping in stress resistance among lawyers. *Journal of Personality and Social Psychology*, **42**, 707-717.

Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Courington, S. 1981 Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, **22**, 368-378.

Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. 1982 Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, **42**, 168-177.

Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Zola, M. A. 1983 Type A and hardiness. *Journal of Behavioral Medicine*, **6**, 41-51.

Kobasa, S. C., & Puccetti, M. C. 1983 Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, **45**, 839-850.

Koeske, G. F., & Koeske, R. D. 1989 Construct validity of the Maslach Burnout Inventory: A critical review and reconceptualization. *Journal of Applied Behavioral Science*, **25**, 131-144.

河野友信 1987 産業ストレスの臨床 朝倉書店.

- Kramer, M. 1974 Reality shock: Why nurses leave nursing. Mosby.
- 久保真人・田尾雅夫 1991 バーンアウトー 概念と症状、因果関係について — 心理学評論, **34**, 412-431.
- 久保真人・田尾雅夫 1992 バーンアウトの測定 心理学評論, **35**, 361-376.
- 久保真人・田尾雅夫 1994 看護婦におけるバーンアウトー ストレスとバーンアウトとの関係 実験社会心理学研究, **34**, 33-43.
- Lachman, R., & Diamant, E. 1987 Withdrawal and restraining factors in teachers' turnover intentions. *Journal of Occupational Behavior*, **8**, 219-232.
- Lahoz, M. R., & Mason, H. L. 1989 Maslach burnout inventory: Factor structures and norms for use pharmacists. *Psychological Reports*, **64**, 1059-1063.
- Landsbergis, P. A. 1988 Occupational stress among health care workers: A test of the job demands-control model. *Journal of Organizational Behavior*, **9**, 217-239.
- Larson, C. C., Gilbertson, D. L., & Powell, J. A. 1978 Therapist burnout: Perspectives on a critical issue. *Social Casework*, **59**, 563-565.
- Lazaro, C., Shinn, M., & Robinson, P. E. 1984 Burnout, job performance, and job withdrawal behaviors. *Journal of Health and Human Resource Administration*, **7**, 213-234.
- Lazarus, R., & Folkman, S. 1984 *Stress, Appraisal and Coping*. New York; Springer Publishing.
- Leiter, M. P. 1989 Conceptual implications of two models of burnout: A response to Golembiewski. *Group and Organization Studies*, **14**, 2, 15-22.
- Leiter, M. P. 1990 The impact of family resources, control coping, and skill utilization on the development of burnout: A longitudinal study. *Human Relations*, **43**, 1067-1083.
- Leiter, M. P. 1991 Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Occupational*

- Behavior*, 12, 123-144.
- Leiter, M. P. 1992 Burn-out as a crisis in self-efficacy: Conceptual and practical implications. *Work & Stress*, 6, 107-115.
- Leiter, M. P. 1993 Burnout as developmental process: Consideration of models. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.) *Professional burnout* (pp.237-250). Taylor & Francis.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. 1988 The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Lemkau, J. P., Rafferty, J. P., Purdy, R. R., & Rudisill, J. R. 1987 Sex role stress and job burnout among family practice physicians. *Journal of Vocational Behavior*, 31, 81-90.
- Levinson, H. 1981 When executives burn out. *Harvard Business Review*, 59, 73-81.
- Lief, H. I., & Fox, R. C. 1963 Training for "detached concern" in medical students. In H. I. Lief, V. F. Lief, & N. R. Lief (Eds.), *The Psychological Basis of Medical Practice* (pp.12-35). Harper & Row.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., & Quigley, L. A. 1995 Self-efficacy and addictive behavior. In A. Bandura (ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp.232-258). Cambridge University Press.
- Maslach, C. 1976 Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Maslach, C. 1993 Burnout: Multidimensional perspective. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.) *Professional burnout* (pp.19-32). Taylor & Francis.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. 1981 The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. 1986 *Maslach Burnout Inventory Manual*, 2nd ed. Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Pines, A. 1977 The burn-out syndrome in the day care setting. *Child Care Quarterly*, 6, 100-113.

- Maslach, C. & Schaufeli, W. B. 1993 Historical and conceptual development of burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.) *Professional burnout* (pp.1-18). Taylor & Francis.
- Mattingly, M. A. 1977 Sources of stress and burn-out in professional child care work. *Child Care Quarterly*, **6**, 127-137.
- 松野かおる 1983 ヘルスケア領域で働く専門職者の BURNOUT の実態とその要因に関する検討— 保健婦について 日本公衆衛生雑誌, **30**, 503-509.
- McCarthy, P. 1985 Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*, **10**, 305-310.
- McCranie, E. W., Lambert, V. A., & Lambert, C. E. Jr. 1987 Work stress, hardiness, and burnout among hospital staff nurses. *Nursing Research*, **36**, 374-378.
- Mehrabian, A., & Epstein, N. 1972 A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, **40**, 525-543.
- Meier, S. T. 1983 Toward a theory of burnout. *Human Relations*, **36**, 899-910.
- Miller, K. I., Ellis, B. H., Zook, E. G., & Lyles, J. S. 1990 An integrated model of communication, stress, and burnout in the workplace. *Communication Research*, **17**, 300-326.
- 中谷陽明 1992 在宅障害老人を介護する家族の”燃えつき”— Maslach Burnout Inventory 適用の試み 社会老年学, **36**, 15-26.
- 中村弥生・土江淳子 1993 職務意識と背景別にみた看護婦の燃えつき症候群に関する調査 看護展望, **18**, 98-105.
- O'Driscoll, M. P., & Schubert, T. 1988 Organizational climate and burnout in New Zealand social service agency. *Work and Stress*, **2**, 199-204.
- Paine, W. S. 1981 The burnout phenomenon. *Vocational Education*, **56**, 30-33.
- Perlman, B., & Hartman, E. A. 1982 Burnout: Summary and future

- research. *Human Relations*, **35**, 283-305.
- Pierce, C. M. B., & Molloy, G. N. 1989 The construct validity of the Maslach Burnout Inventory: Some data from down under. *Psychological Reports*, **65**, 1340-1342.
- Pines, A. 1985 The burnout measure. In J. W. Jones (Ed.), *Police burnout: Theory, Research, and Applications*. Park Ridge, IL: London House Management Press.
- Pines, A., & Aronson, E. 1988 *Career Burnout: Causes and Cures*. 2nd ed. Free Press.
- Pines, A., Aronson, E., & Kafry, D. 1981 *Burnout: From Tedium to Personal growth*. Free Press.
- Pines, A., & Kafry, D. 1978 Occupational tedium in social services. *Social Work*, **23**, 499-507.
- Pines, A., & Kafry, D. 1981 Tedium in the life and work of professional women as compared with men. *Sex Roles*, **7**, 963-975.
- Pines, A., & Maslach, C. 1980 Combatting staff burn-out in a day care center: A case study. *Child Care Quarterly*, **9**, 5-16.
- Powers, S., & Gose, K. F. 1986 Reliability and construct validity of the Maslach Burnout Inventory in a sample of university students. *Educational and Psychological Measurement*, **46**, 251-255.
- Price, D., & Murphy, P. 1984 Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, **8**, 47-58.
- Raykov, T., Tomer, A., & Nesselroade, J. R. 1991 Reporting structural equation modeling results in psychology and aging: Some proposed guidelines. *Psychology and Aging*, **6**, 499-503.
- Rapoport, L. 1960 In defense of social work: An examination of stress in the profession. *Social Service Review*, **34**, 62-74.
- Rizzo, J., House, R., & Lirtzman, S. 1970 Role conflict and role ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, **15**, 150-163.

- Rosenthal, S. L., Schmid, K. D., & Black, M. M. 1989 Stress and coping in a NICU. *Research in Nursing and Health*, **12**, 257-265.
- Russell, D. W., Altmaier, E., & Velzen, D. V. 1987 Job-related stress, social support, and burnout among classroom teachers. *Journal of Applied Psychology*, **72**, 269-274.
- Saxton, M. J., Phillips, J. S., & Blakeney, R. N. 1991 Antecedents and consequences of emotional exhaustion in the airline reservations service sector. *Human Relations*, **44**, 583-595.
- Schaufeli, W. B., Enzmann, D., & Girault, N. 1993 Measurement of burnout: A review. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.) *Professional burnout* (pp.199-215). Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B., Maslach, C., & Marek, T. 1993 The future of burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.) *Professional burnout* (pp.253-259). Taylor & Francis.
- Schwab, R. L., & Iwanicki, E. F. 1982 Perceived role conflict, role ambiguity, and teacher burnout. *Educational Administration Quarterly*, **18**, 60-74.
- Schwab, R. L., & Jackson, S. E. 1986 Educator Burnout: Sourced and consequences. *Educational Research Quarterly*, **10**, 14-30.
- Selye, H. 1976 *The Stress of Life*. 2nd. ed. McGraw-Hill.
- Shinn, M., Rosario, M., Morch, H., & Chestnut, D. E. 1984 Coping with job stress and burnout in human services. *Journal of Personality and Social Psychology*, **46**, 864-876.
- Shirom, A. 1989 Burnout in work organization. C. L. Cooper & I. Robertson (Eds.) *International Review of Industrial and Organization Psychology* (pp.25-48). Chichester: John Wiley and Sons.
- Stout, J. K., & Williams, J. M. 1983 Comparison of two measures of burnout. *Psychological Reports*, **53**, 283-289.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. 1989 *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. Oxford University Press.

- 田尾雅夫・久保真人 1996 バーンアウトの理論と実際 誠信書房.
- 田尾雅夫 1987 ヒューマン・サービスにおけるバーンアウトの理論と測定
京都府立大学学術報告(人文), **40**, 101-123.
- 田尾雅夫 1989 バーンアウト— ヒューマン・サービス従事者における組織
ストレス 社会心理学研究, **4**, 91-97.
- 豊田 秀樹 1992 SAS による共分散構造分析 東京大学出版会.
- Wade, D. C., Cooley, E., & Savicki, V. 1986 A longitudinal study of
burnout. *Children and Youth Services Review*, **8**, 161-173.
- Weinberg, S., Edwards, G. M., & Garove, W. E. 1983 Burnout among
employees of state residential facilities serving developmentally
disabled persons. *Children & Youth Services Review*, **5**, 239-253.
- Williams, C. A. 1989 Empathy and burnout in male and female helping
professionals. *Research in Nursing and Health*, **12**, 169-178.
- Wolpin, J., Burke, R. J., & Greenglass, E. R. 1991 Is job satisfaction an
antecedent or a consequence of psychological burnout? *Human
Relations*, **44**, 193-209.
- Zabel, R. H., & Zabel, M. K. 1982 Factors in burnout among teachers of
exceptional children. *Exceptional Children*, **49**, 261-263.

付 記

調査の実施に際して、京都府看護協会、京都私立病院協会にご協力いただきました。また、本研究をまとめるにあたって、京都大学経済学部教授の田尾雅夫先生には、さまざまな形で助けていただきました。あらためて感謝いたします。